受付番号	

乳幼児医療費一部負担金請求明細書

令和　1年　6月　5日

注意 太枠の中だけ記入して下さい。

医療機関等の番号
0711234567

受給者証記号番号	生年月日 年号	年	月	日	診療等の年月 年号	年	月	特定疾病の別	保険診療点数（点数で記入できない場合は、費用額）	請求額 一部負担金（入院時食事療養費を除く。）	入院時食事療養費 食事提供日数	標準負担額	整理番号
乳幼児氏名	保険者番号				診療科	入院外来の別	公費負担の別						
	5010501				5	01	05		1501	3000			1
フクシマ　テスト	03070018					2			備考				
									備考				
									備考				
									備考				
									備考				
									備考				
									備考				
									備考				