

३१

※ 医療機関に一下						
1	1					

① 受給者番号		② 受給者氏名(姓)		③ 生年月日		④ 診療		⑤ 保険診療 総点数(点)	⑥ 他法点数 (点)	⑦ 保険診療 一部負担金(円)	⑧ 外来薬料 一部負担金(円)	⑨ 受給者 自己負担金(円)	⑩ 入院時食事療養費		⑪ 診療科	
						年	月						入外	日数		全数
1		H		H												
2		H		H												
3		H		H												
4		H		H												
5		H		H												
6		H		H												
7		H		H												
8		H		H												
9		H		H												
10		H		H												
⑫ 小 計			件								円	円	円			円
⑬ 合 計			件								円	円	円			円

こども医療費明細書

(あて先)八潮市長

※医療機関コード									
1	1								

市役所で記入しますので、何も書かないでください

記入上の注意を
まとめました。

枚中	1
----	---

所在地
名称
代表者名

病院名等

緑枚数を記入してください。

印 押印

① 受給者番号				② 受給者氏名(姓・名)				③ 生年月日				④ 診療				⑤ 保険診療 総点数(点)		⑥ 他法点数 (点)		⑦ 保険診療 一部負担金(円)		⑧ 外来療育 一部負担金(円)		⑨ 受給者 自己負担金(円)		⑩ 入院時食事療養費		⑪ 診療料	
												年 月 日 外												食数		標準負担額(円)		診療料	
1				姓 名				H 2 1 0 4 1				5				5 0 0 0		1 0 0 0		8 0 0 0				6		1 3 0 0			
2				姓 名				H 2 0 0 3 0 1				1				6 6 6				1 3 3 0									
3				姓 名				H 2 0 0 3 0				1				6 6 6				1 3 3 0									
4				姓 名				H 2 0 0 3 0				1				6 6 6				1 3 3 0									
5				姓 名				H 2 0 0 3 0 6				1				6 6 6				1 3 3 0									
6				姓 名				H 2 0 0 3 0 7				1				7 7 7													
7				姓 名				H 2 0 0 3 0				1				7 7 7				1 5 5 0									
8				姓 名				H 2 0 0 3 0				1				7 7 7				1 5 5 0									
9				姓 名				H 2 0 0 3 1 0				1				7 7 7				1 5 5 0									
10				姓 名				H 2 0 0 3 1 1				1				7 7 7				1 5 5 0									
⑩ 小 計				1 0 件																2 1 0 7 1		円		円		円		1 3 0 0 円	
				1 5 件																6 8 9 8 1		円		円		円		9 9 0 0 円	

「八潮」は不要です

今後、通院の日数は省略してよいことにします

平成生まれは「H」になります

該当する方に「1」です

10円単位に四捨五入でお願いします

小計・合計も10円単位になります

合計は1枚目にお書きください

「八潮」は
不要です

今後、
通院の日数は
省略してよい
ことにします

平成生まれ
は「H」に
なります

該当する方に
「1」です

10円単位に
四捨五入で
お願いします

小計・合計も
10円単位に
なります

合計は1枚目
にお書きくだ
さい