



乳幼児医療費請求書 (被用者保険分)

平成 年 月 日

徳島市長殿

負担者番号	
-------	--

平成 年 月分

下記のとおり請求します。

点数表別	医	歯	調	
	1	3	4	
医療機関 コード				
所在地(〒)				
名称				
開設者氏名	(印)			

受給者氏名				乳幼児医療費 受給者証番号	
乳幼児氏名				被保険者証 記号 番号	
生年月日					
有効期限				保険者名	
保険種別	被用者保険				備考 高額療養費区分 高・長・非高
保険負担割合	8・7・その他 割				
請求	区分	日数(回数)	点数(金額)	他法負担点数	乳幼児医療費請求額 円
	入院	日	点	点	
※ 決定	入院				非課税
	入院外				

※受給者の方へ、保険証が変わった時は2週間以内に届けて下さい。

注 医療機関は、太文字、太わく内のみ記入して下さい。

非課税