

様式 第3号-2 (A-4 ピンク色)

3歳児～6歳児用



乳幼児等医療費請求書 (被用者保険分)

平成 年 月 日

徳島市長殿

負担者番号	4	5	3	6	0	0	1	3
-------	---	---	---	---	---	---	---	---

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				

※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。

受給者氏名						乳幼児等医療費 受給者番号	
乳幼児等氏名						被保険者証 記号 番号	
生年月日							
有効期限	平成	年	月	日	保険者名		
保険種別	被用者保険					備考	
	政・組・船・共					高額療養費区分	
保険負担割合	8・7・その他 割					高・長・非高	
区分		日数(回数)	点数(金額)	他法負担点数	自己負担金 600円	乳幼児等医療 費請求額	
請求	入院	日	点	点	円	円	
	入院外						
※ 決定	入院						
	入院外						

注 医療機関は、太文字、太わく内のみ記入して下さい。

600円の自己負担金は、通院は3歳から6歳、入院は6歳のみ。
調剤薬局は、600円の自己負担金はありません。