

医療費請求額	円	
手数料請求額	件	円

年 月 乳幼児医療費助成請求書

上記のとおり請求します。

平成 年 月 日

名 称

高松市長殿

内 訳 書 保険医療機関等所在地

医療機関等コード			

開 設 者

ページ No.

振込先 銀行 本店 口座 支店 番号

No.	診療月	医療番号	医療証号	氏名	生年月日	入外	保険種類	保険負担割合	総点数	他法負担点	負担点数	高額療養費(保険者負担額)	請求金額
									点	点		円	円
1	0					入1 外2	社保 11 国保 51	8.7 ( )					
2	0					入1 外2	社保 11 国保 51	8.7 ( )					
3	0					入1 外2	社保 11 国保 51	8.7 ( )					
4	0					入1 外2	社保 11 国保 51	8.7 ( )					
5	0					入1 外2	社保 11 国保 51	8.7 ( )					
6	0					入1 外2	社保 11 国保 51	8.7 ( )					
7	0					入1 外2	社保 11 国保 51	8.7 ( )					
8	0					入1 外2	社保 11 国保 51	8.7 ( )					
9	0					入1 外2	社保 11 国保 51	8.7 ( )					
10	0					入1 外2	社保 11 国保 51	8.7 ( )					
11	0					入1 外2	社保 11 国保 51	8.7 ( )					
12	0					入1 外2	社保 11 国保 51	8.7 ( )					
13	0					入1 外2	社保 11 国保 51	8.7 ( )					
14	0					入1 外2	社保 11 国保 51	8.7 ( )					
15	0					入1 外2	社保 11 国保 51	8.7 ( )					
16	小 計					件							
合 計					件								

- 注 1. 上段の医療費請求額の訂正はできません。なお、その他の訂正は二本線で抹消して訂正印を押印してください。  
 2. 医療機関等コード番号、開設者請求印は1枚ごとに押印してください。  
 3. ページNo.は、一連番号(123……)を記入してください。

医療費請求額		円
手数料請求額	件	円

□年□月母子医療費助成請求書

上記のとおり請求します。

平成 年 月 日

名 称 .....

高松市長殿

内 訳 書

保険医療機関等所在地 .....

医療機関等コード			

開 設 者 ..... ⑩

ページNo.

振込先 ..... 銀行 ..... 本店口座番号 .....

No.	診療月	医療番号	証号	氏名	入・外	保険種類	保険負担割合	総点数	他法負担点	高額療養費(保険者負担額)	請求金額	
											円	円
1					入1 外2	社保 11	国保 51	8.7 9( )	点	点	円	円
2					入1 外2	社保 11	国保 51	8.7 9( )				
3					入1 外2	社保 11	国保 51	8.7 9( )				
4					入1 外2	社保 11	国保 51	8.7 9( )				
5					入1 外2	社保 11	国保 51	8.7 9( )				
6					入1 外2	社保 11	国保 51	8.7 9( )				
7					入1 外2	社保 11	国保 51	8.7 9( )				
8					入1 外2	社保 11	国保 51	8.7 9( )				
9					入1 外2	社保 11	国保 51	8.7 9( )				
10					入1 外2	社保 11	国保 51	8.7 9( )				
11					入1 外2	社保 11	国保 51	8.7 9( )				
12					入1 外2	社保 11	国保 51	8.7 9( )				
13					入1 外2	社保 11	国保 51	8.7 9( )				
14					入1 外2	社保 11	国保 51	8.7 9( )				
15					入1 外2	社保 11	国保 51	8.7 9( )				
16	小 計				件							
合 計				件								

- 注 1. 上段の医療費請求額の訂正はできません。なお、その他の訂正は二本線で抹消して訂正印を押印してください。  
 2. 医療機関等コード番号、開設者請求印は1枚ごとに押印してください。  
 3. ページNoは、一連番号(1 2 3……)を記入してください。

医療費請求額	円	□	年	□	月
手数料請求額	円	□	件	□	

# □年□月心身障害者医療費助成請求書

上記のとおり請求します。

平成 年 月 日

名 称 .....

高 松 市 長 殿

内 訳 書

保険医療機関等所在地 .....

医療機関等コード			

開 設 者 ..... ㊦

ページ No. ....

振 込 先 ..... 銀行 本店 口座 支店 番号

No.	診療月	医 療 証 号	氏 名	入・外	保険種類	保険負担割合	総 点 数	他法負担点 数	高額医療費(保険者)負担額	請 求 金 額	
										医 療 費	薬剤一部負担金
1				入1 外2	社保:国保 11 51	8.7 9( )	点	点	円	円	円
2				入1 外2	社保:国保 11 51	8.7 9( )					
3				入1 外2	社保:国保 11 51	8.7 9( )					
4				入1 外2	社保:国保 11 51	8.7 9( )					
5				入1 外2	社保:国保 11 51	8.7 9( )					
6				入1 外2	社保:国保 11 51	8.7 9( )					
7				入1 外2	社保:国保 11 51	8.7 9( )					
8				入1 外2	社保:国保 11 51	8.7 9( )					
9				入1 外2	社保:国保 11 51	8.7 9( )					
10				入1 外2	社保:国保 11 51	8.7 9( )					
11				入1 外2	社保:国保 11 51	8.7 9( )					
12				入1 外2	社保:国保 11 51	8.7 9( )					
13				入1 外2	社保:国保 11 51	8.7 9( )					
14				入1 外2	社保:国保 11 51	8.7 9( )					
15				入1 外2	社保:国保 11 51	8.7 9( )					
16		小 計		件							
		合 計		件							

- 注 1. 上段の医療費請求額の訂正はできません。なお、その他の訂正は二本線で抹消して訂正印を押印してください。  
 2. 医療機関等コード番号、開設者請求印は1枚ごとに押印してください。  
 3. ページNo.は、一連番号(1 2 3.....)を記入してください。