

人吉市子ども医療費助成制度の手引き

(医療機関用)

平成29年改正版 ver.1

(平成29年10月診療分から適用)

人吉市健康福祉部福祉課

第1章 人吉市子ども医療費助成事業について

1 事業の概要

(1) 対象者

人吉市内に居住する0歳から中学3年生(満15歳に達する日以後の最初の3月31日)まで

(2) 助成対象

- ① 病院、歯科等での診療分
- ② 薬局での調剤分

※保険対象外の費用については助成の対象になりません。

(例) 予防接種、入院時の部屋代、食事代、おむつ代等

(3) 自己負担金

子ども医療費助成の対象児童は、原則自己負担金はありません。

小中学生も平成29年10月診療分から無料となります。

(4) 助成方法

償還払い 患者が医療機関等窓口で一部負担金を支払い、後日振り込む方式で、

- ① 受給者証の提示がない場合
- ② 入院の場合
- ③ 市外で受診した場合
- ④ 通院で1医療機関における1か月の一部負担金合計額が20,000円を超える場合
(平成29年10月診療分から)

現物給付 医療機関等の窓口での支払いが無料で済む方式で

- ① 通院で1医療機関における1か月の一部負担金合計額が20,000円以下の場合

2 他の公費負担制度との優先関係

子ども医療費助成制度は、他の※公費負担制度が優先します。

ただし、先に適用した公費負担制度に自己負担額がある場合は、当該自己負担額について、子ども医療費の助成対象になります。(※公費負担制度P11参照)

第2章 子ども医療費受給者証について

1 子ども医療費受給者証の様式

子ども医療費受給者証(白色のみ)

9月まで

- ・ 対象者 … 子ども医療対象者全て(附加給付の有無や年齢関係なく全て)
- ・ 助成対象 … 医療費の一部負担金から附加給付、高額療養費を除いた額
- ・ 助成方法 …
 - ①通院で1医療機関における1か月の一部負担金合計額が20,000円を越える場合
…窓口で一部負担金をお支払いいただき、各医療機関からの明細に基づいて、口座振替にて保護者へ支給(償還払い)
 - ②通院で1医療機関における1か月の一部負担金合計額が20,000円以下の場合
…医療機関が市に請求(現物給付)
 - ③入院の場合
…窓口で一部負担金をお支払いいただき、各医療機関からの明細に基づいて、口座振替にて保護者へ支給(償還払い)

第3章 医療費助成申請書の記入について

償還払いと現物払いに分けて、報告・請求をお願いします。ひと月に1度は、子ども医療費受給者証に記載してある保険内容をご確認ください。

子ども医療費明細書(償還払い) P4~6参照

入院の場合と、通院で1か月の一部負担金合計額が20,000円を超えた場合について、報告してください。各医療機関からの明細に基づいて、口座振替にて保護者へ助成金を支給します。

- ① 総点数 … 1か月の医療点数の合計(10割分)を記入
- ② 一部負担金 … 1か月の本人の保険適用分の支払額の合計を記入(10円単位)
高額療養の限度額適用認定証をお持ちの場合は、その限度額を記入
他の医療制度を適用している場合には、その制度における自己負担額を記入

子ども医療費明細書(現物払い) P7~9参照

通院で、1か月の一部負担金合計額が20,000円以下の場合について、請求してください。請求に基づき、医療機関等にお支払いします。

- ① 総点数 … 1か月の医療点数の合計(10割分)を記入
- ② 一部負担金 … 1か月の患者負担額(定率負担額)を記入(端数は四捨五入)
高額療養の限度額適用認定証をお持ちの場合は、その限度額を記入
他の医療制度を適用している場合には、その制度における自己負担額を記入

注意事項

★診療の翌月以降、10日までに請求してください。

原則として、郵送の場合は当日消印有効とさせていただき、期限を過ぎた場合は翌月分と併せて対応させていただきます。

※有印する事

★訂正をされる場合は必ず訂正印を押印してください。

総括表、明細ともに記載誤り、訂正印漏れ等が多く見受けられます。御多忙のこととは存じますが、提出に際しては記載内容の確認をお願いします。

★月遅れ分の請求は、有効期間が診療の翌月から1年間です。

(平成29年10月診療分→平成30年10月まで)

平成29年9月以前の分は、旧制度が適用となります。

報告・請求も旧様式をお願いします。

★現物払い用明細表は、必ず受給者番号順に記載してください。

償還払い用

(入院の場合または通院で1か月の一部負担金合計額が20,000円を超えた場合)

人吉市

人吉市子ども医療費総括表

人吉市長 松岡 隼人 様

平成29年11月 分

合計を
記入してください

件 数	総 点 数	一部負担金
5 件	58,729 点	123,690 円

別添のとおり、一部負担金を受領したことを証明します。

平成29年12月10日

医療機関名

住 所 人吉市〇〇町△△番地

名 称 〇〇〇病院

代 表 者 □□ □□

印

電話番号 0966-24-XXXX

※ 記入不要です。

記入不要です

助成額合計	
	円

償還払い用(入院の場合または通院で1か月の一部負担金合計額が20,000円を超えた場合)

1 枚目 ← ※枚数を記入してください

支払った金額を記入してください

医療機関名 ○○○病院

※ 下段は記入不要です。

平成29年11月分人吉市子ども医療費明細(償還払い用)										
受給番号	子ども氏名	生年月日	区分	総点数	一部負担金	保険区分	受給番号	子ども氏名	生年月日	区分
1	150790	人吉 一郎	通院(入院) 歯科 薬局	1	20,480	2 (社保) 国保・組合・共済	190388	熊本 太郎	H19. 3. 20	通院(入院) 歯科 薬局
	190388	熊本 太郎	通院(入院) 歯科 薬局	18,000	35,400	(社保) 国保・組合・共済	241070	球磨 花子	H24. 10. 30	通院(入院) 歯科 薬局
3	241070	球磨 花子	通院(入院) 歯科 薬局	10,200	20,400	(国保) 組合・共済	241070	球磨 花子	H24. 10. 30	通院(入院) 歯科 薬局
4	241070	球磨 花子	通院(入院) 歯科 薬局	11,354	22,710	社保(国保) 組合・共済	241280	坂本 九郎	H24. 12. 11	通院(入院) 歯科 薬局
5	241280	坂本 九郎	通院(入院) 歯科 薬局	12,350	24,700	社保・国保(組合) 共済	6			
6			通院(入院) 歯科 薬局			合・共済	7			
			通院(入院) 歯科 薬局				8			
			通院(入院) 歯科 薬局				9			
			通院(入院) 歯科 薬局				10			

番号の小さい順に並べてください

下段は記入不要です

病院記入例

加入保険に○を記入してください

平成29年9月以前の方は、旧様式で報告・請求してください。

だ月遅れれ分は診療月を1記入して(有効期限は1年間)く

限度額証をお持ちの場合は、区分を御記入ください。

平成29年 10月分

ページ毎の合計を記入してください

総点数計	58,729
一部負担金計	123,690
助成額計	空欄(記入不要)

※訂正箇所には必ず訂正印を押ししてください

償還払い用(入院の場合または入院の場合または1か月の一部負担金合計額が20,000円を超えた場合)

1 枚目 ← ※枚数を記入してください

※ 下段は記入不要です。

支払った金額を記入してください

医療機関名 ○○○調剤薬局

平成29年11月分人吉市子ども医療費明細		(償還払い用)				
受給番号	子ども氏名	生年月日	区分	総点数	一部負担金	保険区分
1	人吉 一郎	H15. 7. 12	通院 入院 歯科(薬局)	6,825	20,480	社保(国保・新)
		課税・非課税	高額該当回数 回目・多数	高額	附加	助成額
			通院 入院 歯科(薬局)	18,000	35,400	社保(国保・新)
		課税・非課税	高額該当回数 回目・多数	高額	附加	助成額
3	球磨 花子	H24. 10. 30	通院 入院 歯科(薬局)			社保(国保・新)
		課税・非課税	高額該当回数 回目・多数	高額	附加	助成額
4	球磨 花子	H24. 10. 30	通院 入院 歯科(薬局)	11,354	22,710	社保(国保・新)
		課税・非課税	高額該当回数 回目・多数	高額	附加	助成額
5	坂本 九郎	H24. 12. 11	通院 入院 歯科(薬局)	12,350	24,700	社保(国保・組合)
		課税・非課税	高額該当回数 回目・多数	高額	附加	助成額
6		H . .	通院 入院 歯科 薬局			加入保険に○を記入してください
		課税・非課税	高額該当回数 回目・多数	高額	附加	助成額
			通院 入院 歯科 薬局			平成29年9月以前の分は、旧様式で報告・請求してください。
		課税・非課税	高額該当回数 回目・多数	高額	附加	助成額
		H . .	通院 入院 歯科 薬局		0	社保(国保・組合・共済)
		課税・非課税	高額該当回数 回目・多数	高額	附加	助成額
		H . .	通院 入院 歯科 薬局			社保(国保・組合・共済)
		課税・非課税	高額該当回数 回目・多数	高額	附加	助成額
		H . .	通院 入院 歯科 薬局			社保(国保・組合・共済)
		課税・非課税	高額該当回数 回目・多数	高額	附加	助成額
10		H . .	通院 入院 歯科 薬局			社保(国保・組合・共済)
		課税・非課税	高額該当回数 回目・多数	高額	附加	助成額

調剤薬局記入例

下段は記入不要です

番号の小さい順に並べてください

は、限度額証をお持ちの場合、区分を御記入ください。

レセプトを毎週記入してください

高額療養費限度額認定証をお持ちの場合は、その限度額を記入してください。

加入保険に○を記入してください

月遅れ分は、(有診)効期限を記入してください(1年間)

ページ毎の合計を記入してください

※訂正箇所には必ず訂正印を押ししてください

総点数計	58,729	一部負担金計	123,690	助成額計	空欄(記入不要)
------	--------	--------	---------	------	----------

現物払い用（通院で1か月の一部負担金合計額が20,000円以下の場合）

人吉市

平成29年11月分人吉市子ども医療費請求総括表		
件数	総点数	請求金額
8 件	10,361 点	16,960 円

社保分と国保分の合計を記入
してください。

平成29年12月10日

医療機関名

住 所 人吉市〇〇町△△番地

名 称 〇〇〇病院

印

代表者 □□ □□

電話番号 0966-24-XXXX

現物払い用(通院で1か月の一部負担金合計額が20,000円以下の場合)

※ 訂正箇所には必ず訂正印を押してください。

医療機関名 ○○○病院

1. 社保分

1 枚目

平成29年11月分人吉市子ども医療費明細書(現物払い用)						
受給番号	子ども氏名	生年月日	総点数	一部負担金	備考	
1 150999	人吉太郎	H15.9.9	1,234	3,700		
2 190777	人吉次郎	H19.7.7	452	1,360		
3 200333	球磨華子	H20.3.3	453	450	精神通院	
4 210101	山吉太郎	H21.1.1	1,000	1,000		
5 220555	山吉太郎	H22.5.5	1,000	1,000		
6 200999	相良花子	H19.9.9	5,464	5,460		
7 260888	山田一郎	H26.8.8	864	1,730	H29.10月分	
8 280888	山田三郎	H28.8.8	1,420	2,840		
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

枚目

社保と国保は明細を分けてください。

他の公費制度を適用している場合には、その制度における自己負担額を記入してください。

番号の小さい順に並べてください。

総医療費の2割または3割の金額の1の位を四捨五入してください。

月遅れ分は診療月を記入してください。
(有効期限は一年間です。)
平成29年9月以前の分は、旧様式で報告・請求してください。

月遅れ分は
てくれは
最後に記

病院記入例

小計	10,361	16,960
----	--------	--------

現物払い用(通院で1か月の一部負担金合計額が20,000円以下の場合)

※ 訂正箇所には必ず訂正印を押してください。

医療機関名 ○○○調剤薬局

①. 社保分

1 枚目

2. 国保分

枚目

平成29年11月分人吉市子ども医療費明細書(現物払い用)							
受給番号	子ども氏名	生年月日	総点数	一部負担金	備考		
1	150999	人吉太郎	H15.9.9	1,234	2	3,700	○○病院
2	150999	人吉次郎	H15.9.9	452		1,360	△△医院
3	200777	球磨華子	H20.7.7	453		450	精神通院
4	210777	山本太郎	H19.7.7			260	
5	220555					300	
6	200999	相良花子	H19.9.9	5,464		5,460	
7	260888	山田一郎	H26.8.8	864		1,730	H29.10月分
8	280888	山田三郎	H28.8.8	1,420		2,840	
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
			小計	10,361		16,960	

レシートごと(一月ごと)に記入してください。

適用している公費制度を記入してください。

他の公費制度を適用している場合には、その制度における自己負担額を記入してください。

総医療費の2割または3割の金額の1の位を四捨五入してください。

番号の小さい順に並べてください。

月遅れ分は診療月を記入してください。(有効期限は一年間です。)平成29年9月以前の分は、旧様式で報告・請求してください。

ページごとの合計を記入してください。

調剤薬局記入例

社保と国保は明細を分けてください。

子ども医療費Q&A

【窓口での支払いについて】

問1 窓口での支払いはどのようにになりますか。

答1 通院で1か月の一部負担金合計額が20,000円以下の場合は、窓口での支払いはありません。ただし、入院の場合と、通院であっても1か月の一部負担金合計額が20,000円を超える場合には、償還払いとなりますので、窓口では一部負担金をお預かりください。平成29年10月診療分から、通院の場合であっても、1か月の一部負担金合計額が20,000円を超える場合は償還払いの対象となります。特に御注意ください。

問2 1か月に複数回、通院されて一部負担金が20,000円を超えた場合にも、償還払いの対象となりますか。

答2 償還払いの対象となります。
例えば、一部負担金の金額が1回目は2,000円、2回目は19,000円の場合は、合計21,000円をお預かりをお願いします。

問3 一部負担金が20,000円を超えた以降に、同じ月に再度通院された場合は、一部負担金はお支払いしていただく必要がありますか。

答3 一部負担金のお支払いをお願いします。
例えば、一部負担金の金額が1回目は21,000円、2回目は300円の場合は、2回目の300円も窓口でお支払いしていただく必要があります。

問4 薬局の場合、一部負担金合計額とは、お子さまごとですか、レセプトごと(病院ごと)ですか。

答4 レセプトごとです。
例えば、A病院のお薬で2,000円、B病院で19,000円の場合は、償還払いの対象となりません。

問5 なぜ、1月の一部負担金合計額が20,000円を越えると、償還払いの対象となるのですか。

答5 附加給付がある保険に加入されている方の自己負担額の上限額の一番低い金額が20,000円であり、この金額を越えると保険者から医療費が助成される方がいらっしゃるためです。
また、高額療養費の合算対象は21,000円以上となっており、この金額を越えると保険者から医療費が助成される場合があります。
保険者から附加給付や高額療養費の支給を受けるには、一度窓口で一部負担金の全額をお支払いいただく必要があります。このため、1か月の一部負担金合計額が20,000円を超えた場合には、償還払いの対象としています。
入院・外来を問わず医療費が高額になる場合は、高額療養費の限度額適用認定証の取得を御案内ください。限度額適用認定証を取得されると窓口でのお支払いは、高額療養費の限度額までとなります。
※一部負担金額が高額になった方が支払を分割で行ったときに、支払完了が診療から1年を超えてしまうと、子ども医療の助成の対象外となります。

【他の制度との関係について】

問6 他の公費負担制度がある場合でも、子ども医療費は請求していいですか？

答6 まずは、他の公費制度を優先してください(他方優先)。
子ども医療は、他の公費負担制度を優先させることから、他の公費負担制度限度額の自己負担額を対象とします。したがって、他の公費負担制度において窓口負担額のある場合においては、その窓口負担金を子ども医療の対象とします。
なお、請求の際には、明細書の備考に適用となった制度を御記入ください。

問7 公費負担制度とは、具体的にどのようなものがありますか。

答7 (1)生活保護法(昭和25年法律第144号)による保護を受けている者
(2)児童福祉法(昭和22年法律第164号)第20条に規定する療育医療及び同法第21条の5に規定する小児慢性特定疾患治療研究事業の給付を受けている者
(3)母子保健法(昭和40年法律第141号)第20条に規定する養育医療の給付を受けている者
(4)感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(平成10年法律第114号)第37条または第37条の2に規定する入院患者の医療の給付を受けている者
(5)昭和48年4月17日衛発第242号厚生省公衆衛生局長通知による特定疾患治療研究事業の医療の給付を受けている者
(6)障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令(平成18年政令第10号)第1条の2第1号に規定する育成医療の給付を受けている者
その他、就学援助の医療券、日本スポーツ振興センターの災害共済給付金などがあります。

問8 就学援助の医療券と子ども医療費どちらが優先ですか。

答8 平成29年10月1日から医療券は廃止されます。子ども医療で請求してください。
(9月30日までは通常通りの使用をお願いします。)

問9 育成医療の公費制度を使われる方の請求はどうしたらいいですか。

答9 育成医療における自己負担額がある場合、総点数、一部負担金(支払うべき金額)を記入してください。備考欄に育成医療と記入してください。自己負担がない場合は、子ども医療費からの助成はありません。

問10 日本スポーツ振興センターの災害共済給付金に該当する場合はどうなりますか？

答10 災害共済給付金が支給される場合は、子ども医療費の助成対象となりません。
子ども医療費の請求後に該当することが判明した場合は、福祉課まで御連絡ください。

問11 市から医療機関への医療費助成金の振り込みがあった後に、日本スポーツ振興センター災害共済給付金など他の制度の適用になるとわかったのですが、どうすればいいですか。

答11 市から医療機関へお支払いした助成金の返納等手続きをお願いしますので、必ず御連絡ください。なお、本人からは、制度に応じた自己負担金をお支払いいただく場合があります。

問12 自立支援で限度額有の場合の上限管理票の記入について

答12 上限管理票は、子ども医療費の助成がない場合と同様に御記入ください。

問13 「ひとり親家庭等医療費助成制度」と「子ども医療費助成制度」との関係はどのようになりますか。

答13 これまで「ひとり親家庭等医療費助成制度」を選択していた小・中学生は、平成29年10月診療分から、子ども医療費助成制度の利用をお勧めすることになります。
「ひとり親家庭等医療費助成制度」から「子ども医療助成制度」に変更するには、申請が必要です。変更の申請がお済みでない場合は、ひとり親家庭等医療助成制度を利用することになります。
子ども医療の受給者証を必ず御確認ください。

問14 「重度心身障がい者医療費助成制度」と「子ども医療費助成制度」との関係はどのようになりますか。

答14 これまで「重度心身障がい者医療費助成制度」を利用していた小・中学生は、平成29年10月診療分から、子ども医療費助成制度の利用をお勧めすることになります。
「重度心身障がい者医療費助成制度」から「子ども医療助成制度」に変更するには、申請が必要です。変更の申請がお済みでない場合は、重度心身障がい者医療費助成制度を利用することになります。子ども医療の受給者証を必ず御確認ください。

【市への請求について】

問15 医療費の請求日は、診療の翌月以降10日までですが、10日が土日祝日等の場合どうなりますか。

答15 10日が土日祝日等に当たる場合は、その翌開庁日までが請求日になります。

問16 締切日について、10日はレセプト提出日と重複しているため、変更できませんか。

答16 原則10日までに提出をお願いします。
提出が遅れた場合は、支払が翌月以降になる場合がありますので御了承ください。

問17 P5やP9の明細書の記入について、同じ箇所は「 〃 」でもいいですか。

答17 大変お手数ですが、誤りを防止するために、「 〃 」は使用しないでください。

問18 受給者番号順に記入できなくてもいいですか？

答18 できる限り番号順で記入をお願いします。
どうしても番号順で記入できない場合でも、未就学児と小・中学生は区別して記入していただくようお願いします。

問19 明細書の件数はページごとですか？

答19 ページごとの小計を記入してください。
システム等の関係で通計しか記入できない場合は、通計の下に鉛筆等で小計を記入してください。

問20 高額療養費の限度額適用認定証をお持ちの場合で限度額に達したときに、一部負担金が1円単位となる場合には、1円単位で記入してもいいですか。

答20 1円単位で記入してください。なお高額療養費の限度額区分を欄外に記載してください。

問21 明細書における一部負担金は、10円未満切り捨てですか。

答21 償還払い用は、保護者が支払った金額を御記入ください。現物払い用の場合は、10円未満四捨五入した金額を御記入ください。

問22 入院の場合の診療年月日欄は、どのように記入すればいいですか。

答22 「何年何月」または「何年何月の月末の日」を記入してください。

問23 請求書の提出はFAXでも可能ですか。

答23 個人情報が含まれますので、FAXでの提出はできません。

問24 子ども医療費関係の様式はホームページからダウンロードできますか。

答24 人吉市ホームページ(<http://www.city.hitoyoshi.lg.jp>)→くらしの情報→申請書・証明書・手数料→人吉市子ども医療費助成事業【各種様式】に載せてありますのでダウンロードして使用してください。

【その他】

問25 受給者証を持っていない方はどうなりますか。

答25 受給者証をお持ちでない方は、市への子ども医療の申請をされていない場合や市外へ転出されている可能性があり、子ども医療の助成ができないことがあります。保護者への一部負担金のお支払いが困難になる場合がありますので、必ず受給者証は確認してください。申請をされていない方については、市役所福祉課で申請をするように御案内をお願いします。また、医療機関窓口に持ってくるのを忘れたと言われる保護者の方に対しては、市役所福祉課にお電話をしていただき、受給者番号等の照会をしてください。

問26 受給者証は市外でも使用できますか。

答26 原則市外では使用できません。保護者には、いったん一部負担金を支払っていただき領収書、印鑑、受給者証を持参のうえ、市役所福祉課で申請が必要とお伝えください。

問27 診察日時点において健康保険に加入されていないことが判明した時はどうしたらよいですか。

答27 償還払い、現物払いに関わらず、市役所に必ず御連絡下さいください。

問28 市から医療機関への医療費助成金の振り込みがあった後に、子ども医療受給者が無保険だったことがわかったのですが、どうすればいいですか。

答28 市から医療機関へお支払いした助成金の返納手続きをお願いしますので、必ず御連絡ください。無保険の方は、市の子ども医療助成の対象外となります。本人からは医療費総額の10割をいただいでください。

問29 診療日時点において健康保険に加入されてないことが判明した時はどうしたらよいですか。

答29 償還払い、現物払いに問わず、市役所に必ず御連絡ください。

人吉市

子ども医療費助成制度

報告・請求様式

平成29年10月改定

様式は、人吉市ホームページからもダウンロードできます。

人吉市ホームページ (<http://www.city.hitoyoshi.lg.jp>)

→くらしの情報

→申請書・証明書・手数料

→人吉市子ども医療費助成事業【各種様式】

償還払い用

(入院の場合または通院で1か月の一部負担金合計額が20,000円を超えた場合)

人吉市

人吉市子ども医療費総括表

人吉市長 松岡 隼人 様

平成 年 月 分

件 数	総 点 数	一部負担金
件	点	円

別添のとおり、一部負担金を受領したことを証明します。

平成 年 月 日

医療機関名
住 所
名 称
代 表 者

印

電話番号

※ 記入不要です。

助成額合計
円

償還払い用(入院または通院で1月の一部負担金合計額が20,000円を超えた場合)

枚目 ← 枚数を記入してください

医療機関名

※ 下段は記入不要です。

平成		年月日		子ども氏名		区分		総点数		一部負担金		保険区分	
1		H	.	.	課税・非課税	高額該当回数	回目・多数	通院 入院 歯科 薬局				社保・国保・組合・共済	助成額
											附加		
2		H	.	.	課税・非課税	高額該当回数	回目・多数	通院 入院 歯科 薬局				社保・国保・組合・共済	助成額
											附加		
3		H	.	.	課税・非課税	高額該当回数	回目・多数	通院 入院 歯科 薬局				社保・国保・組合・共済	助成額
											附加		
4		H	.	.	課税・非課税	高額該当回数	回目・多数	通院 入院 歯科 薬局				社保・国保・組合・共済	助成額
											附加		
5		H	.	.	課税・非課税	高額該当回数	回目・多数	通院 入院 歯科 薬局				社保・国保・組合・共済	助成額
											附加		
6		H	.	.	課税・非課税	高額該当回数	回目・多数	通院 入院 歯科 薬局				社保・国保・組合・共済	助成額
											附加		
7		H	.	.	課税・非課税	高額該当回数	回目・多数	通院 入院 歯科 薬局				社保・国保・組合・共済	助成額
											附加		
8		H	.	.	課税・非課税	高額該当回数	回目・多数	通院 入院 歯科 薬局				社保・国保・組合・共済	助成額
											附加		
9		H	.	.	課税・非課税	高額該当回数	回目・多数	通院 入院 歯科 薬局				社保・国保・組合・共済	助成額
											附加		
10		H	.	.	課税・非課税	高額該当回数	回目・多数	通院 入院 歯科 薬局				社保・国保・組合・共済	助成額
											附加		

※訂正箇所には必ず訂正印を押してください

総点数計	一部負担金計	助成額計

現物払い用（通院で1か月の一部負担金合計額が20,000円以下の場合）

人吉市

平成 年 月 分 人 吉 市 子 ども 医 療 費 請 求 総 括 表		
件 数	総 点 数	請 求 金 額
件	点	円

平成 年 月 日

医療機関名

住 所

名 称

印

電話番号

現物払い用(通院で1月の一部負担金合計額が20,000円以下の場合)

※ 訂正箇所には必ず訂正印を押してください。

医療機関名

	平成				生年月日	総点数	一部負担金	備考
	受給番号	子ども氏名	年月	日				
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

1. 社保分
枚目

2. 国保分
枚目

小計