

こども医療費請求書の記入方法

① 長様 ② 公費負担者番号
 ③ 年 月分 こども医療費請求書
 ④ No. _____
 ⑤ 薬局コード _____
 ⑥ 保険薬局の所在地及び氏名 _____ 印
 ⑦ 年 月 日
 下記のとおり請求する。

| No. | ⑧ 受給者番号 | ⑨ 受給者氏名 | ⑩ 生年月日 | | | ⑪ 一部負担割合 | ⑫ 処方箋回数 枚 | ⑬ 保険総点数 点 | 備考 |
|-----|---------|---------|--------|---|---|----------|--------------|--------------|----|
| | | | 年 | 月 | 日 | | | | |
| 1 | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | |
| 小計 | | | | | | | | | |
| 99 | 合計 | | | | | | | | |

注) 1. 一部負担割合は「3」か「2」のどちらかを記入してください。 「3」…一部負担3割の保険の場合 「2」…一部負担割合2割の保険の場合

- ① 長様 市町名を記入（受給者証を確認）
- ② 公費負担者番号 公費負担者番号を記入
- ③ 年 月分 調剤年月を和暦で記入（例 元年5月は「1年5月分」と記入）
- ④ No. 市町別、調剤月別に1ページから記入
- ⑤ 薬局コード 保険薬局コードを記入
- ⑥ 保険薬局の所在地、名称及び開設者氏名・印 保険薬局の所在地、名称及び開設者氏名を記入し、捺印
- ⑦ 年 月 日 提出年月日を和暦で記入
- ⑧ 受給者番号 受給者証の番号を記入
- ⑨ 受給者氏名 受給者氏名を漢字又はカタカナで記入
- ⑩ 生年月日 和暦で記入
- ⑪ 一部負担割合 一部負担割合を記入
- ⑫ 処方箋回数 処方せん回数を記入
- ⑬ 保険総点数 保険総点数を記入
- ⑭ 小計 1枚ごとに記入
（件数、枚数、保険総点数）
- ⑮ 合計 市町別、調剤月別の最終ページに記入