

長 様

公費負担者番号					
8	3	2	2		

医療機関コード

保険医療機関の所在地、名称及び開設者氏名

年 月分 こども医療費請求書

下記のとおり請求する。 年 月 日

印

1 入院		2 通院		生年月日			一部負担割合	診療日数	保険総点数	窓口徴収額	入院時食事療養費		備考
No.	受給者番号	受給者氏名	年	月	日	円					円	円	
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
小 計							件	/					
99	合 計					件		/					

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