

長 様

公費負担者番号						
8	3	2	2			

薬局コード

保険薬局の所在地及び氏名

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

4 調剤									
No.	受給者番号	受給者氏名	生年月日			一部負担割合	処方箋回数 枚	保険総点数 点	備考
			年	月	日				
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