

| | | | | | |
|---------|---|---|---|--|--|
| 公費負担者番号 | | | | | |
| 8 | 3 | 2 | 2 | | |

| |
|-------------|
| 施 術 所 コ ー ド |
| |

長 様

施術所の所在地、名称及び柔道整復師の氏名

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

| No. | 受給者番号 | 受給者氏名 | 生年月日 | | | 一部負担割合 | 実日数 日 | 施術料の総額 円 | 窓口徴収額 円 | 備 考 |
|-----|-------|-------|------|---|---|--------|----------|-------------|------------|-----|
| | | | 年 | 月 | 日 | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | |
| 小 計 | | | | | | 件 | | | | |
| 99 | 合 計 | | | | | 件 | | | | |

(注1) 一部負担割合欄には、一部負担割合が3割の保険の場合は「3」を、2割の保険の場合は「2」を記入してください。
 (注2) 受領委任する場合は、必ず受領委任欄に記入してください。

| | | |
|------|----------------------------|---|
| 受領委任 | 上記のこども医療費の受領を下記の者に委任します。 | 印 |
| | 年 月 日 柔道整復師名 団体名及び代表者氏名 | |