

様式6 (用紙 日本工業規格A4横型)

No.

長 様

公費負担者番号					
8	3	2	2		

医療機関コード

年 月分 こども医療費請求書

保険医療機関の所在地、名称及び開設者氏名

下記のとおり請求する。

㊦

1 入院		2 通院		年 月 日			一部負担割合	診療日数 日	保険総点数 点	窓口徴収額 円	入院時食事療養費		備考
No	受給者番号	受給者氏名		生年月日	年	月					日	基準額 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2割の保険の場合
 2. 6歳以上の未就学児の薬剤費一部負担額がある場合には、備考欄にその金額を記入してください。