

年 月分 子障親医療費請求書(医科・歯科用)

4	0		
---	---	--	--

殿

医療機関
コード

下記のとおり請求する。
年 月 日

保険医療機関等
の
所在地及び名称
開設者氏名

	保 険 給 付 別		件 数	診 療 実日数	総 点 数	子・障・親 医療費給付外の額	一部負担金	備 考
⑤ 子 ど も	7 割	請 求						
		*決 定						
	8 割	請 求						
		*決 定						
	割	請 求						
		*決 定						
	保 険 給 付 別		件 数	診 療 実日数	総 点 数	子・障・親 医療費給付外の額	一部負担金	備 考
⑥ 障 が い 者	7 割	請 求						
		*決 定						
	8 割	請 求						
		*決 定						
	割	請 求						
		*決 定						
	保 険 給 付 別		件 数	診 療 実日数	総 点 数	子・障・親 医療費給付外の額	一部負担金	備 考
⑨ ひ と り 親	7 割	請 求						
		*決 定						
	8 割	請 求						
		*決 定						
	割	請 求						
		*決 定						

(注) ※印の欄は記入しないでください。
この様式で国保該当者分の請求はできません。
実施者(市町村)が異なる場合は、それぞれに添付してください。