様式第5号(第10条)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1 | 3 | 8 |
| 医科 | 歯科 | 医保 |
| 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  保険医療機関等の  所在地及び名称  開設者氏名 | | | | |
| 下記のとおり請求する。  　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | 保険給付  割合別 | | 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  割合別 | | 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  割合別 | | 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。