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。