

子ども医療費請求書

年 月分下記のとおり請求する
年 月 日

医療機関コード

(宛先) 江別市長

医療機関等の所在地及び名称
開設者氏名
Tel

区分	件数	総医療費	(A)	(B)	(C)	(A) - (C) = (D)	(E)	(D) + (E)
			自己負担額	初診回数	一部負担金	金額	手数料	合計
請求	通院	3割	(F)	(F) × 0.3 円	回	円	円	円
		2割	(G)	(G) × 0.2 円				
	入院	3割	(H)	(H) × 0.3 円				
		2割	(I)	(I) × 0.2 円				
	高額療養費限度額							
計								

(内訳書)

診療年月	受給者番号	患者氏名	保険者番号	被保険者証記号番号	診療区分			初診回数	一部負担金	入院日数	総医療費	高額療養費限度額
					通院 3割 6 2割 7	入院 3割 8 2割 9	高額					
					6・7	8・9	K	回	円	日	円	円
					6・7	8・9	K	回	円	日	円	円
					6・7	8・9	K	回	円	日	円	円
					6・7	8・9	K	回	円	日	円	円
					6・7	8・9	K	回	円	日	円	円
					6・7	8・9	K	回	円	日	円	円
					6・7	8・9	K	回	円	日	円	円
					6・7	8・9	K	回	円	日	円	円
					6・7	8・9	K	回	円	日	円	円
					6・7	8・9	K	回	円	日	円	円
					6・7	8・9	K	回	円	日	円	円
					計			回	円	日	円	円