様式第２号（第５条関係）

子ども医療費明細書

医療機関コード
○○○○○○○

○ 枚中 ○

（宛先）　吉川市長

次のとおり請求します。

所 在 地　吉川市きよみ野１－１
名　　称　○○○○○○○
代表者名　○○○○○○○　㊞

No.	① 資格証番号	② 生年月日 年	月	日	③ 子ども氏名（漢字）	④ 診療 年	月	入	外	日数	⑤ 保険診療 総点数（点）	⑥ 保険診療 一部負担金（円）	⑦ 備考（他法点数等）
1	2○○○○○○○	R○○	○○	○○	吉川　一郎	R○○	○○		○	1	333	1000	
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
⑧ 小　計			1 件									1000 円	
⑨ 合　計			1 件									1000 円	

(注)請求の受付は、診療月の翌々月の5日(この日が日曜日又は土曜日に当たるときは、その日後においてその日に最も近い休日、日曜日又は土曜日でない日)までとなり、診療3箇月後の月末振込みになります。なお、それ以降の請求は、1箇月遅れの振込みになります。