

# 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  
名称  
代表者名

印

No.	① 資格証番号				② 生年月日			③ 子ども氏名 (漢字)	④ 診療					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)
	年	月	日	年	月	日	年		月	入	外	日数				
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
⑧ 小計					件											
⑨ 合計					件											

(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。