様式第6号の2（第18条の2関係）

# ひとり親家庭等医療費明細書

| 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　○○○○○○○　吉川㊞

| No. | ① 受給者番号 | ② 生年月日 年 | 月 | 日 | ③ 受診者氏名 | 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 | 2000000 | R00 | 00 | 00 | 吉川　一郎 | R00 | 00 | | ○ | 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月後の20日（この日が日曜日又は土曜日に当たるときは、その日前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)の振込みになります。なお、それ以降の請求は、1月遅れの振込みになります。