

南関町子ども医療費助成金請求書

南関町長 様

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

令和 年 月分の南関町子ども医療費助成金を下記のとおり請求します。

令和 年 月 日

㊞

No.	受給者証番号	子ども氏名	年号	生年月日	種別	外来・歯科・調剤	給付割合	日数	総点数 点	公費負担点数 点	一部負担金 円	請求金額 円	備考
1					社・国	外・歯・調							
2					社・国	外・歯・調							
3					社・国	外・歯・調							
4					社・国	外・歯・調							
5					社・国	外・歯・調							
6					社・国	外・歯・調							
7					社・国	外・歯・調							
8					社・国	外・歯・調							
9					社・国	外・歯・調							
10					社・国	外・歯・調							
11					社・国	外・歯・調							
12					社・国	外・歯・調							
13					社・国	外・歯・調							
14					社・国	外・歯・調							
15					社・国	外・歯・調							
小 計													
合 計													