

**令和 年 月分 南関町子ども医療費助成金総括請求書**

件数	総点数	左のうち公費負担金点数
1 件	5,000 点	1,000 点

令和 年 月 日

南関町長 様

総医療費の点数

患者負担2割又は3割の点数

医療機関等の  
所在地及び名称  
開設者氏名

	1か月分の件数	上記公費負担金点数	請求金額
1	1	1,000	10,000

	給付割合	件数	点数	助成額
社保	2割	1	1,000	10,000
	3割			
国保	2割			
	3割			
合計		1	1,000	10,000

南関町が医療機関にお支払いする金額(保険外の分は含まない本人負担分)です。レセプト請求については従来と同じ取り扱いです。

**請求金額 10,000 円**

(振込先) ※ 新規または口座内容に変更がある場合ご記入ください。

金融機関名	銀行 農協	支店 支所
普通・当座	口座番号	
ゆうちょ銀行	記号	番号
ふりがな		
口座名義人		