

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

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。

年 月 日

2割又は3割

総医療費10割の点数

2割又は3割の点数

本来受給者が支払うべき金額(文書料、容器代があれば加算した額)

㊦

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							
例	0025624	南関 太郎	H	200911	社・国	外・歯・調	2	3	5,000	1,000	12,000	10,000	文書料
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								3	5,000	1,000	12,000	10,000	

町が医療機関に支払う金額(保険適用分の金額:公費負担点数に10をかけた金額)
文書料、容器代等は本人負担ですので含みません御注意ください。

一部負担金に保険外の内容が加算されている場合の内容(例:文書料、容器代等)
また、月遅れ分の請求がある場合は何月分と御記入ください。

請求書1枚で収まる場合は小計は省いて頂いて結構です。