

子 ども 医 療 費 請 求 書

令和 年 月分下記のとおり請求する

令和 年 月 日

医療機関コード

恵庭市長 様

医 療 機 関 等 の
所 在 地 及 び 名 称
開 設 者 氏 名

TEL (—)

区分			件数	総医療費	(A)	(B)	(C)	(A) - (C) = (D)	(E)	(D) + (E)
					自己負担額	初診回数	一部負担金	金額	手数料	合計
請求	通院	3 割	件 (F)	円 (F) × 0. 3	円 回	円	円	円	円	
		2 割	(G)	円 (G) × 0. 2	円					
	入院	3 割	(H)	円 (H) × 0. 3	円					
		2 割	(I)	円 (I) × 0. 2	円					
	高 額 療 養 費 限 度 額									
	計									

(内 訳 書)

診療年月		受給者番号	患者氏名	保険者番号	被保険者証 記号番号	通院 3割:6 2割:7	入院 3割:8 2割:9	高額	初診 回数	一部負担金	入院 日数	総医療費	高額療養費 限度額
						6・7	8・9	K	回	円	日	円	円
						6・7	8・9	K	回	円	日	円	円
						6・7	8・9	K	回	円	日	円	円
						6・7	8・9	K	回	円	日	円	円
						6・7	8・9	K	回	円	日	円	円
						6・7	8・9	K	回	円	日	円	円
						6・7	8・9	K	回	円	日	円	円
						6・7	8・9	K	回	円	日	円	円
						6・7	8・9	K	回	円	日	円	円
						6・7	8・9	K	回	円	日	円	円
						6・7	8・9	K	回	円	日	円	円
計									回	円	日	円	円

子ども医療費請求書記載要領

<請求書>

※総医療費については、内訳書の総医療費を自己負担割合ごとに集計し、記載すること。

※電話番号の記載もれや訂正があった場合の訂正印の押印もれがないよう留意すること。

※手数料の単価は、200円に消費税相当額を加算した額である。

<内訳書>

※子ども医療費助成については、初診時も自己負担がないため、初診回数及び一部負担金は記入しないこと。

※限度額適用認定証または限度額適用・標準負担減額認定証を提示し、高額療養費が生じた方は、高額療養費限度額の欄に自己負担限度額を記入すること。

(注：総医療費も記入すること)

なお、この場合、通院または入院のいずれかと高額「K」の2箇所を○で囲むこと。