

和光市

重度心身障害者医療費

ひとり親家庭等医療費

乳幼児医療費

子ども医療費(小・中学生)

枚

施術等の現物給付請求明細書

※ 該当する医療費の□にチェック(レ)を入れ、医療費ごとに別々に作成してください。

令和 年 月 日

和光市長 様

名 称

代表者名

	①受給者証番号				②受診者氏名(カタカナ)		④診 療		⑤診療期間	⑥保険診療総額(円)	⑦保険診療一部負担額(円)	⑧受診者負担額(円)	⑨施術所等の市請求額(⑦-⑧)		⑩施術等の内容
	③ 生 年 月 日				年	月	年	月					円	円	
1							令和		日~日						
2							令和		日~日						
3							令和		日~日						
4							令和		日~日						
5							令和		日~日						
6							令和		日~日						
7							令和		日~日						
8							令和		日~日						
小 計				件											円
合 計				件											円

記入例

重度心身障害者医療費

ひとり親家庭等医療費

乳幼児医療費

子ども医療費(小・中学生)

枚 中

施術等の現物給付請求明細書

※ 該当する医療費の□にチェック(レ)を入れ、医療費ごとに別々に作成してください。

令和 4年 5月 1日

和光市長 様

名称 ○○○接骨院
代表者名 広沢 太郎

当該月での保険診療一部負担金(受診者の支払い分)を記入してください。

①受給者証番号	②受診者氏名(カタカナ)					④診療		⑤診療期間	⑥保険診療総額(円)	⑦保険診療一部負担額(円)	⑧受診者負担額(円)	⑨施術所等の市請求額(⑦-⑧)	⑩施術等の内容																		
	③生年月日					年	月																								
1	0	1	2	3	4	5	6	ワコウ タロウ	令和	0	4	0	4	1日~20日	1	2	3	4	3	6	9	0	3	6	9	⑦から⑧を差し引いた金額を記入してください。					
2	0	9	8	7	6	5	4	H 1 5 0 5 1 5 S 3 6 0 3 0 6	令和	0	4	0	4	15日~25日	1	3	5	7	9	4	0	7	0	1	0		0	0	3	0	7
3									令和					日~日																	
4									令和					日																	
5									令和					日~日																	
6									令和					日~日																	
7									令和					日~日																	
8									令和					日~日																	
小計							2件																								
合計							2件																								

当該月での保険診療総額を記入してください。

受診者が医療機関の窓口で実際に支払った金額を記入してください。
※ひとり親家庭等医療費は、1,000円の自己負担を要する場合があります。(受給者証に「負担有」のスタンプが印字してあります。)