

重度心身障害者医療費

ひとり親家庭等医療費

1 枚  
中 1

施術等の現物給付請求明細書

子ども医療費

※ 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。

和光市長 様

年 月 日

当該月での保険診療一部負担金を記入してください。  
保険診療総額の3割(乳幼児は2割)、小数点以下切り上げ、1円単位でご記入ください。  
例、3180×0.3=954

称 ○○○接骨院  
患者名 広沢 太郎

⑦から⑧を差し引いた金額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)	
	③生年月日	令和	年	月						
1 0123456	ワコウ タロウ	令和	〇〇	△△	1日~20日	3180	954	0	954	
2 0347654	サイタマ ハナコ	令和	〇〇	△△	15日~25日	2657	798	0	798	
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								1752円
合計		2件								1752円

当該月での保険診療総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。)  
※小・中学生は基本的に一部負担額はありませ