

☐ 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
1
中
1

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。

和光市長 様

令和 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
 例、2657×0.3=797.1=798(小数点以下切り上げ)

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) ③生年月日	④診療 年 月	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
1 0 1 2 3 4 5 6	ワコウ タロウ H O O △ △ □ □	令和 O O △ △	1日～20日	3 1 8 0	9 5 4	0	9 5 4	
2 0 3 4 7 6 5 4	サイタマ ハナコ H O O △ △ □ □	令和 O O △ △	15日～25日	2 6 5 7	7 9 8	0	7 9 8	
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						1 7 5 2 円	
合 計	2 件						1 7 5 2 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ん。