

平成 年 月分

乳 小児医療費助成事業（医保用）請求書

3	医 1	歯 3	調 4	訪 6	柔 9
---	--------	--------	--------	--------	--------

都道府県コード	1	4
---------	---	---

神奈川県市町村長 殿

医療機関コード									
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

医療機関の  
所在地及び名称  
電話番号  
開設者氏名

印

下記のとおり請求いたします。

平成 年 月 日

助成費用 請求先市町村番号 (公費負担者番号)	療養の給付		小児医療費助成事業 一部負担金		食事療養	
	件数	点数	件数	金額	件数	標準負担額
8114						
8114						
8114						
8114						
8114						
8114						
8114						
8114						
8114						
合計						
※ 決 定						

件数	種 別	入外区分	件 数
の 再 掲 欄	家族・入院	15	
	就学前・入院・8割	13	
	家族・入院外	16	
	就学前・入院外・8割	14	
	長	02	

注1) ※欄は記入しないでください。  
 注2) 訪問看護・柔整においては、点数欄には金額を記入してください。  
 注3) 小児医療費助成事業一部負担金欄には、小児医療費助成制度の規定に基づき、患者から徴収した一部負担金の入院・入院外の合計額を記載してください。