

平成 年 月分 子障親医療費請求書

4 0 殿

医療機関
コード

下記のとおり請求する。

平成 年 月 日

保険医療機関等の
所在地及び名称
開設者氏名

㊞

	保険給付 割合別		件数	診療 実日数	総点数	子・障・親 医療費給付外の額	一部負担金	備考
	請求	*決定						
⑤ 子 ど も	7割	請求						
		*決定						
	8割	請求						
		*決定						
	割	請求						
		*決定						

	保険給付 割合別		件数	診療 実日数	総点数	子・障・親 医療費給付外の額	一部負担金	備考
	請求	*決定						
⑥ 障 害 者	7割	請求						
		*決定						
	8割	請求						
		*決定						
	割	請求						
		*決定						

	保険給付 割合別		件数	診療 実日数	総点数	子・障・親 医療費給付外の額	一部負担金	備考
	請求	*決定						
⑨ ひ と り 親	7割	請求						
		*決定						
	8割	請求						
		*決定						
	割	請求						
		*決定						