様式1号－2

医療機関→国保連合会

医療機関名

乳幼児医療費自己負担額支払明細個票

利用者記入欄

市町村番号			事業番号				1				
受給者番号											
フリガナ											
乳幼児氏名											
生年月日	4:平成 5:令和				年			月			日
保　　険	1．国保				2．社保						
保険者番号											

医療機関記入欄

入院・入院外	1．（入院）　　2．（入院外）										
保険負担割合	1．（2割）　　2．（3割）　　3．（　　）										
保険診療合計点数							点				
自己負担支払額							円				
実診療年月	4:平成 5:令和				年			月			
診療科コード			※旧総合病院の場合は記入								
公費番号1（コード）			※公費負担がある場合は，公費負担の法別番号を記入								
公費番号2（コード）											
備　　考											