

- ① : 「親課」で**再診**の場合
(中学生以下)
 - ② : 「親課」で**再診**の場合
(中学校卒業後)
 - ③ : 「親課」で**初診**の場合
(中学生以下)
 - ④・⑤ : 「親課」で**初診**の場合
(中学校卒業後)

ひとり親家庭等医療費請求書

契約番号ではありません。

下記のとおり請求する
月 ○ 日 _____

医療機関コード

1 2. 3 4 5 6. 7

長 様

医療機関の称名等
所在者氏T E

旭川市7条通10丁目
旭川〇〇整骨院
旭川太郎 

押印は省略可能です。

ただし、請求書内に訂正がある場合は、この欄と訂正箇所に押印が必要です。

押印する場合は、開設者の印（シャチハタ等のスタンプ式は不可）を押してください。

請 求	7 割	8	48,084	1,686	1,760
	(75)				
	8 割				
	(75)				
度 額	限			請求事務手数料	
	長	期高額		220円／1件	
精	(77)				
	結・精				

請求事務手数料 220円／1件

「7割（小学生以上）」「8割（未就学児）」にそれぞれ
ひと月の総医療費を記入してください。

親課の場合「課」を○で囲んでください。
一部負担金は1円単位で記入してください。
※ 徴収金額ではありません。
※ 小数点以下は切り上げしてください。

「一部負担金」欄：患者負担額（1円単位）※小数点以下切り上げ

「備考」欄：中学生以下の場合は…1割の額（1円単位）※小数点以下切り上げ

中学校卒業後の場合…初診時一部負担金（270円又は270円に満たない場合はその金額）

※初診の場合は「備考」欄の数字を○で囲む