

子ども医療費助成金請求書

(乗 道 整 復)

年 月 分下記のとおり請求する

年 月 日

医療機関コード

旭川市長 様

医療機関等の
所在地及び名称
開設者氏名

(Tel. - -)

区分	件数	総医療費	(A)	(B)	(C)	(A)-(C)=(D)	(E)	(D)+(E)
			自己負担額	初診回数	一部負担金	金額	手数料	合計
請求	通院	3割	件 (F) 円	(F) × 0.3 円	回	円	円	円
		2割	(G)	(G) × 0.2 円				
	入院	3割	(H)	(H) × 0.3 円				
		2割	(I)	(I) × 0.2 円				
	高額療養費 限度額							
計								

(内訳書)

診療 年月	受給者番号	患者氏名	保険者番号	被保険者証 記号番号	通院	入院	高額	初診 回数	一部負担金	入院 日数	総医療費	高額療養費 限度額
					3割 6割 2割 7	3割 8割 2割 9						
					6・7	8・9	K	回	円	日	円	円
					6・7	8・9	K	回	円	日	円	円
					6・7	8・9	K	回	円	日	円	円
					6・7	8・9	K	回	円	日	円	円
					6・7	8・9	K	回	円	日	円	円
					6・7	8・9	K	回	円	日	円	円
					6・7	8・9	K	回	円	日	円	円
					6・7	8・9	K	回	円	日	円	円
					6・7	8・9	K	回	円	日	円	円
					6・7	8・9	K	回	円	日	円	円
					6・7	8・9	K	回	円	日	円	円
計								回	円	日	円	円

子ども医療費助成金請求書記載要領

<請求書>

- ※ 総医療費については、内訳書の総医療費を自己負担割合ごとに集計し、記載すること。
- ※ 電話番号の記載もれや請求印の押印もれがないよう留意すること。
- ※ 手数料の単価は、200円に消費税相当額を加算した額である。

<内訳書>

- ※一部負担金の欄は、受給者証区分「子課」:総医療費の1割(小数点以下切り上げ), 子初:自己負担なし。
- ※限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担減額認定証を提示し、高額療養費が生じた方は、高額療養費限度額の欄に自己負担限度額を記入すること。(注:総医療費も記入すること)

なお、この場合、通院又は入院のいずれかと高額「K」の2箇所を○で囲むこと。