

子ども医療費現物給付請求明細書

記入例

ご記入ください。

1

枚中

1

久喜市長

あて

日付はご記入ください。

年

月

日

ご記入ください。

医療機関

代表者名

	受給者番号								受給者氏名(カタカナ)		保険者番号	記号・番号	診療				保険診療 総点数(円)	他法点数 (円)	保険診療 一部負担金(円)
									生年月日				年	月	外来日数				
1	0	8	1	0	0	0	1	クキ ジロウ	H200101	01110014	2233・556	R	7	0	3	1	3200		960
2	0	7	2	0	1	0	1	ショウタ タロウ	H190202	110320	埼玉010000	R	7	0	4	2	4100		1230
3	0	9	3	0	2	2	1	カハシ ハナコ	H210303	32110413	埼玉82・1000	R	7	0	4	2	4367		1310
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
												小 計		3 件	3,500 円				
												合 計		3 件	3,500 円				

請求明細書に誤りがある場合は二重線で修正をお願いします。(修正可)
修正がある場合でも一段開けずに、受給者は詰めて記入ください。

保険診療であることの確認を行う場合がありますので、ご了承ください。