

朝霞市

- こども医療費
- ひとり親家庭等医療費 現物給付請求明細書
- 重度心身障害者医療費

	枚	
	中	

年 月 日

朝霞市長 宛

※医療機関コード									

名称
代表者名

	①受給者番号	②受給者氏名(カタカナ)		④診療		⑤診療 日数	⑥保険診療総点数 (点)	⑦他法点数 (点)	⑧保険診療		⑨受給者 自己負担金(円)	⑩医療機関→市 請求額(⑧-⑨)		⑪診療科名
		③生年月日		年	月				一部負担金(円)	請求額(円)				
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
⑪ 小計														
⑫ 合計														

(市提出用)