

《記入例》医療機関用

○枚中の○枚目かを記入する。

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

チェックを入れる。

※医療ごとに別々に作成してください。

1 枚中 1

〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

同一者が月に複数回の受診がある場合は、1行にまとめて記入する。

朝霞市長

宛

1ヶ月の外来回数

結核予防等公費負担で支払われる額の点数

資格証番号

②・③受診された方の氏名・生年月日

診療年月

整骨院等は、1ヶ月分の総医療費を記入

名称  
代表者名

〇〇〇〇整骨院  
朝霞太郎

①受給者番号	②受給者氏名(カタカナ)		④診療		⑤診察日数	⑥保険診療総点数(点)	⑦他法点数(点)	⑧保険診療一部負担金(円)		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	令和	年	月				円	円	円	円		
1 0123455	アサカ ハナコ		〇	〇	2	8000	0	2400	0	2400			
2 0654322	アサカ タロウ		〇	〇	3	15000	0	4500	0	4500			
3													
4													
5													
6													
7													
8													
⑪ 小計	2 件								6900		円		
⑫ 合計	2 件								6900		円		

本来窓口で負担する額

市へ請求する額

複数枚にわたる場合は、1枚目にその合計額を記入する。

※⑨受給者自己負担金は、平成22年1月診療分から廃止となりました。

(市提出用)