

○枚中○枚目かを記入する

1	枚中	1
---	----	---

- 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

令和 ○年 ○月 ○○日

朝霞市長 宛

同一人物が同月内に複数回受診している場合は、1行にまとめて記入する。

④の診療月  
1ヶ月間での  
診療回数

整骨院等は、  
④の診療月の  
1ヶ月間での  
保険診療分の  
総医療費

名称 ○○接骨院  
代表者名 朝霞 太郎

① 受給者証番号	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 他方点数 (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) (円)	⑪ 診療科名	
	③ 生年月日	年	月									
1 0123456	アサカ ハナコ		令和	○	○	7	2000	0	6000	0	6000	
	S○○○○○○○											
2 0987654	タナカ ハナ		令和	○	○	5	1500	0	4500	0	4500	
	H○○○○○○○											
3 0654321	スズキ ジロウ		令和	○	○	3	300	0	600	0	600	
	R○○○○○○○											
4												
5												
6												
7												
8												
⑫ 小計	3件										11100	
											円	
⑬ 合計	3件										11100	
											円	

本来窓口で受給者へ請求する額

市へ請求する額