

1	3	8
医科	歯科	医保

平成 年 月分 乳障親医療費請求書

4	0		
---	---	--	--

殿

医療機関
コード

下記のとおり請求する。
平成 年 月 日

保険医療機関等の
所在地及び名称
開設者氏名

印

	保険給付別		件数	診療実日数	総点数	乳・障・親 医療費給付外の額	一部負担金	備考
	7割	8割						
乳 幼 児	7割	請求						
		*決定						
	8割	請求						
		*決定						
	割	請求						
		*決定						
障 害 者	7割	請求						
		*決定						
	8割	請求						
		*決定						
	割	請求						
		*決定						
ひ と り 親	7割	請求						
		*決定						
	8割	請求						
		*決定						
	割	請求						
		*決定						

(注) 印の欄は記入しないでください。
この様式で国保該当者分の請求はできません。
実施者(市町村)が異なる場合は、それぞれに添付してください。