

乳幼児医療費請求書(社保用)

医療機関等コード

市町村 長 殿

令和 年 月 診療分

下記のとおり請求いたします。

令和 年 月 日

保険医療機関の
所在地及び名称

電 話 番 号

開 設 者 氏 名

医科	歯科	調剤
1	3	4

入外区分	乳幼児公費負担者番号	保険者番号	生年月日	診療日数	請求点数	乳幼児医療請求額	公費番号
返戻区分	乳幼児受給者番号	受給者氏名	性別	食事回数	食事保険請求額	食事標準負担額	特記事項
1			H・R . .				
2			H・R . .				
3			H・R . .				
4			H・R . .				
5			H・R . .				
6			H・R . .				
7			H・R . .				
8			H・R . .				
9			H・R . .				
10			H・R . .				
		ページ合計			点	円	/
			件		円	円	