

# 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

柔整

19

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	請求金額	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				
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			