

第4号様式の2(第4条関係)

子ども医療費請求書(現物・連記用)

記入方法

医療機関コード
厚生局に届出した際に通知される医療機関コード

□ ... 記入する箇所

請求日 年 月 日

医療機関等
所在地 越谷市
名称 _____
電話 _____
氏名 _____

県コード	医療機関コード			コード
3 1 1				/

下記のとおり子ども医療費を請求します。

請求金額 円 請求ページ

受給者番号 (7ケタ)	対象となる子ども氏名		診療 年 月	入外 院来 日数 1 2	保険診療総点数 (保険診療総額の1/10) ここまで点数で記入▼	保険診療 一部負担金
	生年月日					
1	平・令			2		円
2	平・令			2		円
3	平・令			2		円
4	平・令			2		円
5	平・令			2		円
6	平・令			2		円
7	平・令			2		円
8	平・令			2		円
9	平・令			2		円
10	平・令			2		円
小計		件	(入院件数)			円
			(外来件数)			
合計		件	(入院件数)			円
			(外来件数)			

受給者番号
子ども医療費受給資格証に記載された受給者番号(7桁)です。被保険者の変更や再転入などにより受給者番号が変更となることがありますので、受診時に提示を受けて毎月確認してください。

生年月日
該当する元号の頭文字に○をつけてご記入ください。

診療年月
元号の記入は不要です。**和暦**で年月を記入してください。

保険診療総点数
便宜上、保険診療総額の**1/10**の値を記入してください。保険診療総額に対する負担割合の確認をしますので、省略することなく記入をお願いします。

保険診療一部負担金
未就学児
: 保険診療総額の2割
小、中、高校生
: 保険診療総額の3割

注意事項
●機械で処理しますので、「〃」などで省略することなく、各行記入してください。
●数字はできるだけ分かりやすく記入。「0」と「6」、「7」と「9」など

※	診療区分			支払	年月日	処理No
処理欄	0	1	2	通知	年月日	
	医	歯	調			
	科	科	剤			
			接			
			骨			
			院			

- (注) 1 機械で処理を行いますので、数字項目は必ず右詰めでご記入をお願いします。
- 2 入院または外来の該当番号に○印をつけてください。
- 3 高額療養費該当の場合、一部負担金の額は高額療養費を除いた額となります。
- 4 請求受付は、診療月の翌月1日から20日までとなり、診療翌々月の月末振込みになります。21日以降の請求は、1ヶ月遅れの振込みになります。