

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)

請求日 年 月 日

越谷市長 宛

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
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		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	年 月	年 月	円				
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)			/		

※	診療区分	支払	年月日	処理No
処理欄	0 1 2 3 医 歯 調 接 科 科 剤 骨 院	通知	年月日	

- (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。