

月分 子ども医療費請求書

請求額	
-----	--

上記のとおり請求いたしますので下記口座に振り込んでください。

令和 年 月 日

宇多津町長 殿

名称

所在地

療養取扱機関

開設者



振込先 銀行 支店
 普通・当座 口座番号

内 訳 書

受給資格者証番号	氏名	保険種類	入院外来	医療費総点数	負担割合	他法負担額	高額療養費(保険者負担額)	診療報酬に係る負担金	入院開始日		請求金額
									年月日	年月日	
1		社本・社家 国保・退本 退家	入外	点	2割・3割	円	円	円	・	・	円
2		社本・社家 国保・退本 退家	入外		2割・3割				・	・	
3		社本・社家 国保・退本 退家	入外		2割・3割				・	・	
4		社本・社家 国保・退本 退家	入外		2割・3割				・	・	
5		社本・社家 国保・退本 退家	入外		2割・3割				・	・	
6		社本・社家 国保・退本 退家	入外		2割・3割				・	・	
7		社本・社家 国保・退本 退家	入外		2割・3割				・	・	
8		社本・社家 国保・退本 退家	入外		2割・3割				・	・	
9		社本・社家 国保・退本 退家	入外		2割・3割				・	・	
10		社本・社家 国保・退本 退家	入外		2割・3割				・	・	
11		社本・社家 国保・退本 退家	入外		2割・3割				・	・	
12		社本・社家 国保・退本 退家	入外		2割・3割				・	・	
合 計											円

(枚のうち 枚)