

## 医療機関記入欄の記入見本

受付年月日

## 子ども医療費給付金請求書

請求者（保護者）の記入欄	益城町長様			令和 年 月 日
	受給者住所 益城町大字			
	氏名 _____ 印 _____			
	電話番号 _____ (父・母・勤) (昼間連絡先)			
子ども医療費の支給を受けたいので、下記のとおり（ ）月分を請求します。				
対象者氏名		受給者番号		
生年月日		平成・令和 年 月 日		健康保険名

## 領収証（医療機関証明可）

※ひと月分の保険診療の対象額を記入してください

領収証貼付欄 (医療機関の記入欄)	診療月 令和 4年 4月分		患者氏名 広安 花子 様		
	診療区分		1. 入院 2. 外来 3. 歯科 ④. 柔整		
	診療日数	5 日	左記のとおり領収しました。		
	診療総点数 又は総医療費	点 6,000円	(証明日) 令和 4年 5月 5日 ↑証明をした日		
	院外処方	有・無	医療機関コード XX-△△△△		
	診療報酬一部負担金受領額 (入院時食事療養費に係る定額負担金を除く。)		所在地 益城町宮園702		
	保険外診療は記載不要。 1,800円		名称 益城接骨院		
	院外処方有りするとき (上記医療機関の処方によるもの)		電話番号 096-286-3111		
処方回数		回			
診療総点数 又は総医療費		点 円			
		調剤薬局コード			
		所在地			
		名称			
		電話番号			

一部負担金額：就学前2割、小学生以上3割

※独自の証明を発行される場合は、上記内容の記載があること。