

記入例
子ども医療費計算書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

領収書に保険点数(総医療費)、
受診者氏名、診療日の記載がない
場合、この計算書を医療機関に
依頼し記入してもらい提出してくだ
さい。
計算書は診療月ごとに作成依頼し
てください。

所在地 八街市八街ほ〇〇番地〇〇
医療機関 名称 〇〇病院
代表者氏名 院長 〇〇 〇〇

印

平成又は令和〇〇年〇〇月分の子どもの医療費を下記のとおり証明します。

子ども氏名	千葉 花子						
受給者番号	0123456						
通院日	医療費総額 ①	社会保険等 負担額 ②	一部負担金 (①-②) ③	食事療養費 標準負担額 ④	③のうち他 法公費負担 医療による 公費負担額	④のうち他 法公費負担 医療による 公費負担額	食事 日数
1日	10000円	7000円	3000円	円			
3日	5000円	3500円	1500円				
8日	1000円	700円	300円				
15日	1000円	700円	300円		円		
20日	1000円	700円	300円		円		
25日	1000円	700円	300円		円		
日	円	円	円		円		
日	円	円	円		円		
日	円	円	円		円		
日	円	円	円		円		
入院期間 日～ 日	円	円	円	円	円	円	日

記
受給券を提示し、子どもの氏名、
受給者番号を記載するよう医療機
関へ依頼してください。

①保険診療の総医療費②保険者
の負担額③患者の窓口負担額を
受診日ごとにご記入ください。

- 注: 1. 診療月ごとに計算書を作成すること。
2. 通院の場合は、診療日ごとに報酬内容を記入すること。