

# 記入例

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記載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。

様式第2号（第6条第1項第2号）

高校生等医療費計算書

○年 ○月 ○日

八街市長 北村 新司 様

所在地 八街市八街ほ○○番地○○

医療機関名称 ○○病院

代表者氏名 院長 ○○ ○○

印

○年 ○月分の高校生等医療費を下記のとおり証明します。

記

高校生等氏名		千葉 花子					
通院日	医療費総額	社会保険等負担額	一部負担金(①-②)	食事療養費標準負担額	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	②	③	④			
1 日	円 10,000	円 7,000	円 3,000		円		
8 日	5,000	3,500	1,500				
15 日	2,000	1,400	600				
日							
日							
日							
日							
日							
入院期間 日～日	円	円	円	円	円	円	日

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  
を受診日ごとに記入してください。

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。