

子ども医療費計算書

令和 年 月 日

八街市長 北村 新司 様

所在地

医療機関 名称

代表者氏名

印

年 月分の子ども医療費を下記のとおり証明します。

記

子ども氏名								
受給者番号								
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	
日	円	円	円	/	円	/	/	
日	円	円	円		円			
日	円	円	円		円			
日	円	円	円		円			
日	円	円	円		円			
日	円	円	円		円			
日	円	円	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	

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。