

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  
医療機関名称  
代表者氏名

㊞

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      |       |              |                |                |                                  |                                  |          |
|-------------|-------|--------------|----------------|----------------|----------------------------------|----------------------------------|----------|
| 通院日         | 医療費総額 | 社会保険等<br>負担額 | 一部負担金<br>(①-②) | 食事療養費<br>標準負担額 | ③のうち他<br>法公費負担<br>医療による<br>公費負担額 | ④のうち他<br>法公費負担<br>医療による<br>公費負担額 | 食事<br>日数 |
|             | ①     | ②            | ③              | ④              |                                  |                                  |          |
| 日           | 円     | 円            | 円              |                | 円                                |                                  |          |
| 日           |       |              |                |                |                                  |                                  |          |
| 日           |       |              |                |                |                                  |                                  |          |
| 日           |       |              |                |                |                                  |                                  |          |
| 日           |       |              |                |                |                                  |                                  |          |
| 日           |       |              |                |                |                                  |                                  |          |
| 日           |       |              |                |                |                                  |                                  |          |
| 日           |       |              |                |                |                                  |                                  |          |
| 入院期間<br>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。