

乳幼児医療費請求書(社保用)

医療機関等コード

市町村

長 殿

平成 年 月 診療分

下記のとおり請求いたします。

平成 年 月 日

保険医療機関の
所在地及び名称

電 話 番 号

開 設 者 氏 名

印

訪問	柔整
6	19

診療科

入外区分	乳幼児公費負担者番号	保険者番号	生年月日	診療日数	請求金額 総費用額(10割) を記載	乳幼児医療請求額	公費番号
返戻区分	乳幼児受給者番号	受給者氏名	性別				
1			H . .				
2			H . .				
3			H . .				
4			H . .				
5			H . .				
6			H . .				
7			H . .				
8			H . .				
9			H . .				
10			H . .				
		ページ合計			円	円	
				件			