

# 長洲町子ども医療費助成金請求書

長洲町長 様

医療機関コード

保険医療機関等の所在地及び名称・開設者氏名

年 月分の長洲町子ども医療費助成金を下記のとおり請求します。

年 月 日

2割又は3割

総医療費  
10割の点数

2割又は3割  
の点数

本来患者が支払うべき金額  
(文書料、容器代があれば  
加算した金額)

No	受給者証番号	子ども氏名	年号	生年月日	保険種別	外来医療区分		給付日数	総点数	公費負担点数	一部負担金	請求金額	備考		
						医科	歯科・調剤								
1					社・										
2					社・										
3					社・										
4					社・										
5					社・										
6					社・										
7					社・										
8					社・国										
9					社・国	医・歯・調									
10					社・国	医・歯・調									
11					社・国	医・歯・調									
12					社・国	医・歯・調									
例1	5 1 2 3 4 5 6	長洲 太郎	H	2 5 1 0 1 1	社・国	医・歯・調		2 3	5,000	1,000	12,000	10,000	文書料		
例2	5 1 2 3 4 5 6	長洲 太郎	H	2 5 1 0 1 1	社・国	医・歯・調		2 1	1,000	200	2,000	2,000	△月分		
15					社・国	医・歯・調									
小計									4	6,000	1,200	14,000	12,000		
合 計															

長洲町が医療機関に支払う金額  
(保険適用分の金額：公費負担点数に10を掛けた金額)

文書料、容器代等は患者負担ですので含みません。  
ご注意ください。

一部負担金に保険外の内容が加算されている場合の内容(例1：文書料、容器代等)  
また、当月分以外の月遅れ分の請求がある場合はその診療月をご記入ください。  
(例2：△月分)

請求書1枚で収まる場合は  
小計は省略可です。