

平成 年 月分 子障親医療費請求書

4 0    殿

薬 局  
コード

下記のとおり請求する。

平成 年 月 日

保険医療機関等の  
所在地及び名称  
開設者氏名

印

	保険給付 割合別		件数	処方せん の枚数	総点数	一部負担金	備考
	請求	*決定					
⑤ 子 ど も	7割	請求					
		*決定					
	8割	請求					
		*決定					
	割	請求					
		*決定					

	保険給付 割合別		件数	処方せん の枚数	総点数	一部負担金	備考
	請求	*決定					
⑥ 障 害 者	7割	請求					
		*決定					
	8割	請求					
		*決定					
	割	請求					
		*決定					

	保険給付 割合別		件数	処方せん の枚数	総点数	一部負担金	備考
	請求	*決定					
⑨ ひ と り 親	7割	請求					
		*決定					
	8割	請求					
		*決定					
	割	請求					
		*決定					

(注) ※印の欄は記入しないでください。  
この様式で国保該当者分の請求はできません。  
実施者（市町村）が異なる場合は、それぞれに添付してください。