1	3	8
医科	歯科	医保

令和 年 月分 子障親医療費請求書

4	0			殿

医療機関コード

下記のとおり請求する。 _{令和} 年 月 日 保険医療機関等の 所在地及び名称 開 設 者 氏 名

		食給付 合 別	件数	診療 実日数	総点数	子・障・親 _{医療費給付外の額}	一部負担金	備考
	7割	請求						
5	(古)	*決定						
子	8割	請求						
ど	〇台	*決定						
ŧ.	割	請求						
	古1	*決定						

	保腳割) 会給付 合別	件数	診療 実日数	総点数	子・障・親 医療費給付外の額	一部負担金	備考
	7割	請求						
6	(古)	*決定						
障	8割	請求						
害		*決定						
者	割	請求						
	古1	*決定						

	保)))))))))	件数	診療 実日数	総点数	子・障・親 医療費給付外の額	一部負担金	備考
9	7割	請求						
7	(古)	*決定						
٤	8割	請求						
	〇台	*決定						
り	割	請求						
親	計	*決定						