

医 療 費 計 算 書

年 月 日

所在地

医療機関 名称

代表者氏名



年 月分の子ども医療費を下記のとおり証明します。

記

子ども氏名							
受給者番号							
通院日	医療費総額 ①	社会保険等負担額 ②	一部負担金 (①－②) ③	食事療養費標準負担額 ④	③のうち 他法公費負担医療による公費負担額	④のうち 他法公費負担医療による公費負担額	食事日数
日	円	円	円		円		
入院期間 日～日						円	日