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 | 社会保険等負担額 | 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 |