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 |