

こども医療費請求書

令和元年6月10日

春日部市長 あて

医療機関等

所在地 **春日部市中央6-2**

名称 **春日部良男整骨院**
 氏名 **春日部 良男**
 電話番号 **048 (736) 1111**

印

春日部市こども医療費の助成に関する条例施行規則第6条第2項により、下記の受給者に係る保険診療の一部負担金を請求します。

請求金額 **5,279** 円

医療機関
コード

* * * * *

※送付番号	診療年月	受診者氏名	日数	総点数	一部負担金の額	備考
受給者番号		生年月日				
25000000	R31年4月	春日部 太郎 R 16・7・10	1	525	1,575	
25999999	R元年5月	庄和 次郎 R 20・4・20	8	1,235	3,704	
	H・R 年 月	H・R . .				
	H・R 年 月	H・R . .				
	H・R 年 月	H・R . .				
	H・R 年 月	H・R . .				
請求	合計	2件	/	/	5,279円	

総医療費を5,254円とした場合

総医療費を12,345円とした場合

- ・必ず「柔道整復施術療養費支給申請書（写）」の添付をお願いします。
- ・診療年月及び生年月日は、和暦で記入してください。
- ・こども医療費とひとり親家庭等医療費で記入の仕方は共通ですが、用紙が異なりますのでご注意ください。

(注) 1 他法負担がある場合は、「備考」欄にその点数を記入してください。
 2 ※は記入不要です。