

こども医療費請求書

令和 年 月 日

春日部市長 あて

医療機関等

所在地

名称
氏名
電話番号

()

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 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				
	H・R 年 月	H・R . .				
	H・R 年 月	H・R . .				
	H・R 年 月	H・R . .				
	H・R 年 月	H・R . .				
	H・R 年 月	H・R . .				
	H・R 年 月	H・R . .				
	H・R 年 月	H・R . .				
	H・R 年 月	H・R . .				
	H・R 年 月	H・R . .				
	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	件			円	

(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。