

子ども医療費計算書

年 月 日

\_\_\_\_\_様

所在地 \_\_\_\_\_

医療機関等 名称 \_\_\_\_\_

代表者氏名 \_\_\_\_\_ 印

年 月分の子ども医療費は、次のとおりです。

子ども氏名							
通院日	医療費 (施術料) 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	食事回数
日	円	円	円		円		
日							
日							
日							
日							
日							
日							
日							
日							
日							
入院期間 日～日	円	円	円	円	円	円	回

証明手数料	円
-------	---