

子ども医療費受給者別一覧表

医療機関コード

--	--	--	--	--	--	--

年 月 診療分 医療機関名 _____

番号	受給者番号	氏 名	生年月日	診療科目 (レセプト単位で記入)	総点数	請 求 額	入院開始 年月日	入院継続 日数	※1限度額 適用認定証 (適用区分)	※2 高 額療養費	※2 附加給付	備 考
1												社扶・国(一般・退本・退扶)
2												社扶・国(一般・退本・退扶)
3												社扶・国(一般・退本・退扶)
4												社扶・国(一般・退本・退扶)
5												社扶・国(一般・退本・退扶)
6												社扶・国(一般・退本・退扶)
7												社扶・国(一般・退本・退扶)
8												社扶・国(一般・退本・退扶)
9												社扶・国(一般・退本・退扶)
10												社扶・国(一般・退本・退扶)
計						点 円						

注) ※1欄には適用区分を記入してください。

※2欄には記入しないでください。