

柔 整	鍼 灸
-----	-----

子ども医療費請求書

年 月 日

岩 出 市 長 殿

医療機関等の所在地及び名称
開 設 者 氏 名

印

年 月分の子ども医療費を次のとおり請求します。

公 費 負担者番号	8	1	3	0	0	1	7	0	受 給 者 名 氏	男・女
受給者番号										年 月 日生
被保険者証 記号番号									保 険 種 別	協・組・共・国・その他
									保 険 者 の 名 称	
診 療 実 日 数	年 月 日から 年 月 日まで 日間									
請 求 点 数	点		自 己 負 担 割 合		3 割		医 療 費 額 請 求 額		円	
※ 請 求 点 数	点				2 割 (その他)				※	
		点		割		決 定 請 求 額		円		

振 込 指 定 金 融 機 関		預 金 口 座 番 号		口 座 名 義 人	
銀行	本店	普 通 ・ 当 座		(ﾌｶﾞﾀ)	
金庫	支店				
農協	出張所				

※ 印の欄は、記入しないこと。