

船橋市子ども医療費領収書

(発行日) 年 月 日

(保護者) \_\_\_\_\_ 様

所在地  
医療機関 名 称  
代表者 ㊟

年 月分の子ども医療費を次のとおり領収しました。

対 象 と な る こ ど も									
フリガナ 氏 名						生年月日	年 月 日		
加入保険	保険者名称								
	保険者番号								記 号 番 号
診療科目	医科 ・ 歯科 ・ 調剤 ・ 柔道整復								
通 院	診 療 日			総 診 療 報 酬 点 数 (柔道整復の場合は総医療費)				一 部 負 担 金 ( 2 割又は 3 割分)	
	年 月 日			点 (円)				円	
	年 月 日			点 (円)				円	
	年 月 日			点 (円)				円	
	年 月 日			点 (円)				円	
	年 月 日			点 (円)				円	
	年 月 日			点 (円)				円	
	年 月 日			点 (円)				円	
	年 月 日			点 (円)				円	
入 院	総診療報酬点数					点			
	一部負担金 ( 2 割又は 3 割分)					円			
	入院実日数					日			
	入院期間					年 月 日 から 年 月 日 まで			
	食事療養費標準負担額					円 ( 食 分)			
他の公費負担医療の有無						有り ・ 無し			
備考									

(注) 診療科目別に日別又は1ヶ月ごとに発行してください。