

第5号様式

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

(印)

年 月分の子ども医療費を次のとおり領収しました。

対象となる子ども				
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
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。