

医 療 費 計 算 書

年 月 日

所在地
 保険医療機関 名 称
 代表者氏名 印

年 月分の子ども医療費を下記のとおり証明します。

記

子 ども 氏 名							
通 院 日	医 療 費 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							
入院期間 日～日	円	円	円	円	円	円	回
交付手数料	円						

～助成対象の子どもの保護者の方へ～

この計算書に医療機関等で発行された領収書等を添付して、市役所こども政策課又は行政センターに提出してください。なお、医療費を支払った日の翌日から起算して2年を経過すると申請ができなくなりますのでご注意ください。

※領収書等に受診者氏名及び保険点数等の記載がない場合（レシート等の場合）

医療機関等へこの計算書を提示し、当該月の医療にかかった額の証明を受けてください。なお、証明手数料を徴収される場合があります。