

第9号様式（第14条第1項）

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



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 | | | | | | |