

記入例

第9号様式（第14条第1項）

医療費計算書

提出日を記入
してください。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

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		君津 一花						
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							