乳幼 令和　　年　　月分　乳幼児等医療費請求書（県外保険医療機関等分）

乳幼児等医療負担者番号

9	0	3	2				

乳幼児等医療負担者名　　様

保険医療機関等コード

令和　　年　　月　　日

保険医療機関等
所在地及び名称
開 設 者 氏 名
電　話　番　号

区　分		件　数	日　数	点　　数	一部負担金額	02長件数
入　院①						
入院外②						
公費再掲	90					

「本家入外」欄
1･･･本人入院　2･･･本人外来　3･･･未就学者入院　4･･･未就学者外来　5･･･家族入院　6･･･家族外来

乳幼児等医療受給者番号	乳幼児等医療対象者氏名	保険者番号	被保険者記号番号	公費負担者番号①	公費受給者番号①	診療年月	本家入外	生年月日	給付割合	特記事項	日数	保険点数	公費①点数	公費併用時乳幼児等点数	一部負担金額	公費①一部負担金額	控除額