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			保険医療機関等コード							
9 0 3 2	乳幼児等医療負担者名	様 								
令和 年 月 日			保険医療機関等							
区分件数目数	点 数 一部負担金額 02長	j	所在地及び名称							

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	90								
費									
再									
掲									

開設者氏名 電話番号

「本家入外」欄 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	被保険者証 記号番号	公費負担者 番号①	公費受給者 番号①	診療 本家 年月 入夕	生年月日	給付 特割合 事	記日数項	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