子ども医療費請求書

年 月診療分を下記のとおり請求します。

年 月 日

菊池市長 様

医療機関名
（名称・氏名）

記

保 険	負担割合	件 数	総 点 数 (点)	請 求 金 額 (円)	決 定 額 (円)
国 保	2 割				
	3 割				
社 保	2 割				
	3 割				
合 計					

書類の提出方法	紙・電子メール
---------	---------

書類発行責任者		電話番号	
担 当 者		電話番号	

※書類発行責任者と担当者は、同一人物でも可能です。

※書面の真正性（請求内容が正しいかどうか）を担保するため電話等で確認を行う場合があります。