様式第12号（第4条関係）

（医療機関・通院用）

ひとり親家庭等医療費請求書

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）

印

記

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保　険 | 負担割合 | 件　数 | 総　点　数　　　 | 一部負担額（点数×負担割合）１の位四捨五入 | 請　求　額 | ※決　定　額 |
| 国　保 | 2割 |  |  |  |  |  |
| 3割 |  |  |  |  |  |
| 社　保 | 2割 |  |  |  |  |  |
| 3割 |  |  |  |  |  |
| 合　　　計 |  |  |  |  |  |

※市役所記入欄