様式第5号（第3条関係）

（医療機関・通院用）

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。