

令和 年 月分 乳幼児医療費 [連記式] 明細書

保険者医療機関等の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

区分 01

職別

No.

石川町長 様

社 保 等 用	市 町 村 番 号			県 番 号		医 療 機 関 コー ド							
	0	7	1	0	8	4	0	7					

受給者証番号	性別 ※①	生 年 月 日			診 療 年		診 療 日 数	点 数	請 求 額			
		年 号	年	月	日	年			月	一 部 負 担 金	食 事 療 養 費	標 準 負 担 額
受給者氏名 (カナ)	本・家	医 療 保 険 者 番 号			※② 診 療 科	※③ 入 外	※④ 公 費 法 別	※⑤ 長	点	円	日 数	円
	2											
	2											
	2											
	2											
	2											
	2											
	2											
小 計												

<記載コードの説明>

- ①性別：男→1 女→2
 - ②診療科：旧総合病院の診療科を明細書の記載要領に準じて記載
 - ③入 外：入院→1 入院外→2
 - ④公費法別：法別番号を記入
 - ⑤長：該当→1 非該当→空白
 - ⑥年号：平成→4 令和→5
- ※医療費の一部負担金、食事療養費は必ず、別々に証明してください。