

令和 年 月 分 子ども医療費 [連記式] 明細書

区分 01

職別

No.

石川町長 様

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

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
受給者氏名 (カナ)	本・家	医 療 保 険 者 番 号			診 療 科	入 外	公 費 法 別	長	円	日 数	円
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
	2							備考			
					</						