

第4号様式

子ども医療費計算書

年 月 日

所在地
医療機関名 称
代表者氏名

㊞

年 月分の子ども医療費は、次のとおりです。

受給者番号		: : : : :					
子ども氏名							
通院日	医療費総額 ①	社会保険等負担額 ②	一部負担金 (①-②) ③	食事療養費標準負担額 ④	③のうち他法公費負担医療による公費負担額	④のうち他法公費負担医療による公費負担額	食事日数
日							
日							
日							
日							
日							
入院期間 日～日	円	円	円	円	円	円	日
※金 _____ 円 医療機関経費として徴収いたしました。							