我孫子市子ども医療費計算書

	フリガナ							保険種別		
子ビ	氏	名						社保等	国保	
8 8	住	所	〒 我孫子市							
	生年月日			年	. 月	日	性別	男	· 女	
	受給者番	号								

年 月分の子ども医療費を次のとおり証明します。

- 午 月分のすども医療質を伏のとわり証明します。 										
診療科目	医科	•	歯科	•	調剤	その)他()	
	診療日					総医	療点数	保険割合	一部負担金	
			年	月	日		点	7割・8割		円
通院・			年	月	日		点	7割・8割		円
調剤分			年	月	日		点	7割・8割		円
			年	月	日		点	7割・8割		円
			年	月	日		点	7割・8割		円
		年年	月月		ヨから ヨまで		点	7割・8割		円
7 174-11		+	Д (3間)	食事回数	円>	(食事負担額	円
入院分	:	年	月	E	ヨから					
		年 月 日まで (日間)		ヨまで	7割・8割 点			円		
				食事回数	(主事回数 円× 回		食事負担額	円		

年 月 日

医療機関名

住 所

代表者氏名

ED

注 証明費用は、助成対象となりません。