

## 医療費計算書

年 月 日

所在地  
医療機関 名称  
電話番号  
代表者氏名

⑩

年 月分の子ども医療費を下記のとおり証明します。

記

子ども氏名								
受給者番号								
診療日	区分	医療費 総額 ①	保険者 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	入院・通院・調剤	円	円	円	円	円	円	日
日	入院・通院・調剤							
日	入院・通院・調剤							
日	入院・通院・調剤							
日	入院・通院・調剤							
日	入院・通院・調剤							
					証明手数料 領収額	円		

(注) この証明書は、医療機関で記入してください。