

No.

長 様

公費負担者番号						
8	4	2	2			

医療機関コード

年 月分 母子家庭等医療費明細書

保険医療機関の所在地、名称及び開設者氏名

下記のとおり報告する。

年 月 日

㊦

1 入院		2 通院		No		受給者番号	受給者氏名	生年月日			一部負担割合	診療日数	保険総点数	窓口徴収額	入院時食事療養費			備考	
年	月	日	年	月	日			点	円	基準額					円	標準負担額	円		
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
小 計								件											
99	合 計							件											

- 注) 1 「一部負担割合」欄には、一部負担が2割の場合は「2」、3割の場合は「3」を記入してください。
- 2 「窓口徴収額」欄には、受給者が窓口で支払った**保険診療に係る自己負担額**を記入してください。
入院時食事療養費標準負担額については、別欄（右から2列目の欄）に記入してください。
- 3 更生医療等公費負担があり、所得に応じた自己負担上限額のみ窓口で徴収する場合には、**当該自己負担額を「窓口徴収額」欄に記入してください。**