

様式7 (用紙 日本工業規格A4横型)

長 様

公 費 負 担 者 番 号							
8	3	2	2				

No.

薬 局 コ ー ド

年 月 分 こども医療費請求書

保険薬局の所在地及び氏名

下記のとおり請求する。

㊦

4 調剤		年 月 日							
No	受 給 者 番 号	受 給 者 氏 名	生 年 月 日			一 部 負 担 割 合	処 方 箋 回 数 枚	保 険 総 点 数 円	備 考
			年	月	日				
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
小 計						件			
99	合 計					件			

- 注) 1. 一部負担割合は「3」か「2」のどちらかを記入してください。「3」…一部負担3割の保険の場合 「2」…一部負担2割の保険の場合  
 2. 6歳以上の未就学児の薬剤費一部負担額がある場合には、備考欄にその金額を記入してください。