

# こども医療費請求書 (医療機関用)

年 月 日 分下記のとおり請求する

医療機関コード

(宛先) **小樽市長**

医療機関等の  
所在地及び名称  
開設者氏名  
(電話番号)

㊞

区分	保険給付	件数	診療報酬請求総点数 <small>(レセプトの総点数) 及び限度額等</small>	一部負担金	請求事務手数料	請求合計
請求	㉔ 7割	件	点	円	円	請求件数 件
	㉔ 8割					
請求	㉔ 限度額		円			医療費請求金額 円
	㉔ 長期高額					
	㉔ 結・精					請求事務手数料金額 円

( 内 訳 書 )

診療 年月	受給者番号 受給者カナ氏名 (生年月日)	入院 外来 区分	診療報酬請求総点数 (レセプトの総点数) 及び限度額			㉔ 請求金額		一部 負担金	備考
			保 険 給 付			長期高額疾病	結核・精神		
			㉔ 7割 点	㉔ 8割 点	㉔ 限度額 円				
年 月	. .	入・外						初・課 円	
	. .	入・外						初・課	
	. .	入・外						初・課	
	. .	入・外						初・課	
	. .	入・外						初・課	
	. .	入・外						初・課	
	. .	入・外						初・課	
	. .	入・外						初・課	
小	計	件数	件	件	件	件	件	円	
		点数及び金額	点	点	円	円	円		