様式第4号（第8条関係）

４　こども医療費

５　心身障害者医療費

６　ひとり親家庭等医療費

　　　　年　　月　　日

　　月診療分　　　　　　　　　　　　　　　　助成費請求書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 請求額 | 円 |  |

上記のとおり請求いたしますので下記口座に振り込んでください。

丸亀市長　　宛

医療機関等の所在地

名称及び開設者氏名

振込先　 銀行　 支店　口座番号

内訳書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 行番号 | 保険区分 | 氏名 | 医療証番号 | 入院外来 | 診療報酬点数 | 他法負担点数 | 高額療養費（付加給付額） | 市負担額 | 入院開始年月日 |
| 診療報酬に係る負担額 | 入院時食事日数 |
| 本月の入院日数 |
| 入院時食事療養費 |
| １ | 国・社 |  |  |  |  |  |  |  |  | 入・外 | 点 |  | 点 |  | 円 | 円 | 日 | ・　・ |
| 円 | 日 |
| ２ | 国・社 |  |  |  |  |  |  |  |  | 入・外 |  |  |  |  |  |  |  | ・　・ |
|  | 日 |
| ３ | 国・社 |  |  |  |  |  |  |  |  | 入・外 |  |  |  |  |  |  |  | ・　・ |
|  | 日 |
| ４ | 国・社 |  |  |  |  |  |  |  |  | 入・外 |  |  |  |  |  |  |  | ・　・ |
|  | 日 |
| ５ | 国・社 |  |  |  |  |  |  |  |  | 入・外 |  |  |  |  |  |  |  | ・　・ |
|  | 日 |
| ６ | 国・社 |  |  |  |  |  |  |  |  | 入・外 |  |  |  |  |  |  |  | ・　・ |
|  | 日 |
| ７ | 国・社 |  |  |  |  |  |  |  |  | 入・外 |  |  |  |  |  |  |  | ・　・ |
|  | 日 |
| ８ | 国・社 |  |  |  |  |  |  |  |  | 入・外 |  |  |  |  |  |  |  | ・　・ |
|  | 日 |
| ９ | 国・社 |  |  |  |  |  |  |  |  | 入・外 |  |  |  |  |  |  |  | ・　・ |
|  | 日 |
| 10 | 国・社 |  |  |  |  |  |  |  |  | 入・外 |  |  |  |  |  |  |  | ・　・ |
|  | 日 |
| 11 | 国・社 |  |  |  |  |  |  |  |  | 入・外 |  |  |  |  |  |  |  | ・　・ |
|  | 日 |
| 12 | 国・社 |  |  |  |  |  |  |  |  | 入・外 |  |  |  |  |  |  |  | ・　・ |
|  | 日 |
| 13 | 国・社 |  |  |  |  |  |  |  |  | 入・外 |  |  |  |  |  |  |  | ・　・ |
|  | 日 |
| 14 | 国・社 |  |  |  |  |  |  |  |  | 入・外 |  |  |  |  |  |  |  | ・　・ |
|  | 日 |
| 15 | 国・社 |  |  |  |  |  |  |  |  | 入・外 |  |  |  |  |  |  |  | ・　・ |
|  | 日 |
| （注）１　診療月・診療科目ごとに集計すること。２　請求額（市負担額①＋②）は各診療科目を合計し、最初のページのみ記入すること。 | 合計 | ① | ② |  |
|  |  | （　枚のうち　枚） |