

我孫子市子ども医療費計算書

子 ど も	フリガナ					保険種別	
	氏名					社保等 ・ 国保	
	住所	〒 我孫子市					
	生年月日	年	月	日	性別	男 ・ 女	
受給者番号							

年 月分の子どもの医療費を次のとおり証明します。

診療科目	医科 ・ 歯科 ・ 調剤 ・ その他（ ）						
通院・ 調剤分	診療日	総医療点数	保険割合	一部負担金			
	年 月 日	点	7割・8割	円			
	年 月 日	点	7割・8割	円			
	年 月 日	点	7割・8割	円			
	年 月 日	点	7割・8割	円			
	年 月 日	点	7割・8割	円			
入院分	年 月 日から	点	7割・8割	円			
	年 月 日まで						
	(日間)	円× 回	食事負担額 円				
	年 月 日から	点	7割・8割	円			
年 月 日まで							
(日間)	円× 回	食事負担額 円					

年 月 日

医療機関名

住 所

代表者氏名

㊞

注 証明費用は、助成対象となりません。