

子ども医療費現物給付請求明細書

久喜市長 あて

□ 枚中 □

年 月 日

医療機関

代表者名

	受給者番号	受給者氏名(カタカナ)	保険者番号	記号・番号	診療			保険診療 総点数(円)	他法点数 (円)	保険診療 一部負担金(円)	
		生年月日			年	月	外来日数				
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
					小 計			件	円		
					合 計			件	円		