別記第８号様式（第６条関係）

医療費計算書

年　　月　　日

医療機関　名称

代表者氏名　　　　　　　　　　印

 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 所在地

　　　　　年　　　月分の子ども医療費を下記のとおり証明します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 受給者番号 | 　 |
| 子どもの氏名 | 　 |
| 通院日 | 医療費総額① | 社会保険等負担額② | 一部負担金(①－②)③ | 食事療養費標準負担額④ | ③のうち他法公費負担医療による公費負担額 | ④のうち他法公費負担医療による公費負担額 | 食事日数 |
| 日 | 円 | 円 | 円 | 　 | 円 | 　 | 　 |
| 日 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 日 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 日 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 日 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 入院期間日　～　日 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 　 |
| 一部負担金領収 | 済　・　未 | 医療機関経費 | 　円 |
| 備　　　　　　　　考 | 　 |