

伊達市長様

令和 年 月分 こども医療費請求書

社 保 等 用	市 町 村 番 号	県 番 号	医 療 機 関 コー ド
	0 7 0 1 3 6	0 7	

保険医療機関等の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

印

下記のとおり請求する。

令和 年 月 日

明 細 書 枚 数 枚	件 数 件	総 点 数 点	請 求 額	
			一 部 負 担 金 円	食 事 療 養 費 標 準 負 担 額 円