

令和 年 月分 こども医療費[連記式]明細書

保険医療機関等の  
所在地及び名称  
電話番号  
開設者氏名

区分 **01**

識別

伊達市長

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	

No. 

--	--	--	--	--	--

受給者証番号	※① 性別	生 年 月 日				診 療 年 月		診 療 日 数	点 数	請 求 額			
		年 号	年	月	日	年	月			一 部 負 担 金	食 事 療 養 費		
受給者氏名(カナ)	本・家	医 療 保 険 者 番 号				※② 診 療 科	※③ 入 外	※④ 公 費 法 別	※⑤ ○ 長	点	円	回 数	円
	*								*	*			
	2										備考		
	*								*	*			
	2										備考		
	*								*	*			
	2										備考		
	*								*	*			
	2										備考		
	*								*	*			
	2										備考		
	*								*	*			
	2										備考		
	*								*	*			
	2										備考		
	*								*	*			
	2										備考		
	小 計												

〈記載コードの説明〉

①性別：男→1 女→2

②診療科：旧総合病院の診療科を明細書の記載要領に準じて記載

③入 外：入院→1 入院外→2

④公費法別：法別番号を記入

⑤○長：該当→1 非該当→空白

⑥年号：平成→4 令和→5

※医療費の一部負担金、食事療養費は必ず、別々に証明してください。