

# 医療費計算書

年 月 日

所在地  
医療機関 名称  
代表者氏名

年 月分の子ども医療費を下記のとおり証明します。

記

子ども氏名							
受給者番号							
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	