

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	