

# 記入例

第6号様式（第9条第3項第3号）

## 子ども医療費計算書

〇〇年〇〇月〇〇日

所在地 □□□□□□□□  
医療機関名称 □□□□□□□□  
代表者氏名 □□□□□□□□ ㊟

〇〇年〇〇月分の子ども医療費を次のとおり証明します。

子ども氏名		対象者の氏名					
受給者番号		〇〇〇〇〇〇					
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
〇〇日	10000円	7000円	3000円	/	円	/	/
日							
日							
日							
入院期間 日～日	円	円	円	円	円	円	

健康保険が適用されるもの  
(保険外の治療は除く)  
医師の処方箋による保険調剤  
・診療日ごとに記載  
・医療費総額①  
・社会保険等負担額②  
・一部負担金③