

第6号様式（第9条第3項第3号）

子ども医療費計算書

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次のとおり証明します。

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	