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 | 　 |