

様式第4号（第6条関係）

受給資格者（保護者）記入欄	子ども医療費請求書				資格証 記号番号	内子町	
	内子町長様				子どもの氏名		
	年 月～ 月診療分				¥		
	振込先 口座	金融機関	銀行 農協			店	
		口座番号	フリガナ				
医療機関等記入欄			口座名義				
	上記のとおり請求します。						
	年 月 日						
	〔 受給資格者又は 代理人の住所及び氏名 〕		⑩				
医療機関等記入欄	医療保険各法による診療報酬証明書				保険国協組船共 種別保会合員済	給付率	/10
					入院外来別 入院（ ）日：外来		
	1 患者氏名						
	2 診療月				年 月診療分		
	3 診療報酬内訳						
				診療報酬点数	点		
				他法公費負担点数（種別： ）	点		
医療機関等記入欄	上記のとおり証明します。						
	年 月 日						
	〔 保険医療機関等の 名称、所在地及び開設者氏名 〕		⑩				
				助成金決定額			
				円			