

旭 市 医 療 費 計 算 書

年 月 日

所在地
医療機関 名称
代表者氏名

印

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 回 数
日	円	円	円		円		
日							
日							
日							
日							
入院期間 日～ 日	円	円	円	円	円	円	

※旭市医療費計算書発行手数料 円