

児童福祉法の措置等に係る医療費請求書

年 月 日

(宛先)
滋賀県知事 様

【請求者】	住 所	
	氏 名	
	発 行 者 名	
	連絡先電話番号	

下記のとおり、医療費の請求をします。

記

請求金額	金 円				
診療年月日	年 月 日分(入院・通院)				
施設利用者	受診券	公費負担者番号			
		受給者番号			
	施設名	里親			
	児童氏名				
	生年月日				
加入医療保険	記号・番号	記号		番号	
	被保険者氏名				
	発行機関名	組合・社会保険事務所・国民健康保険			

※保険診療総点数、一部負担金、薬剤負担等内訳の記載がある領収書を添付してください。

医療費(予防接種)請求書

金 円

下記のとおり、予防接種()を受けましたので、その代金を請求します。

年 月 日

住 所

里 親 名

里 子 名

発 行 者 名

連絡先電話番号

滋賀県

子ども家庭相談センター所長 様

記

領収証添付欄

--

医療費(保険外診療)請求書

金 円

上記のとおり、医療費(保険外診療)を請求します。

年 月 日

住 所

里 親 名

里 子 名

発 行 者 名

連絡先電話番号

滋賀県

子ども家庭相談センター所長 様

※別途医療機関の証明書を徴取し、添付すること。

添付例

証 明 書

滋賀県知事 様

「児童が最低限の日常生活を送るために必要とされる治療」であることが分かるような説明が必要です。

患者 滋賀 太郎 様(〇年〇月〇日~~生まれ~~)に係る歯科矯正治療は、咬合機能の回復、顎関節症の改善、歯周疾患の予防を目的としたものであり、美容整形的な医療処置ではありません。

また、〇年〇月〇日から〇年〇月〇日までの治療のうち、当該治療に要した経費は、別紙領収書(領収書No.*****)のとおり182,580円に相違ありません。

複数日にわたる治療の場合は、該当する領収書とその金額が分かるよう特定してください。

上記のとおり証明します。

年 月 日

(医療機関名) 医療法人〇〇会 〇〇医院
院長 〇〇 〇〇 印

(住 所) 〒〇〇-〇〇
〇〇市〇〇町〇-〇-〇〇

(連絡先) 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

添付例

○年○月○日

領 収 書

患者番号	氏名	診療日
No.*****	滋賀 太郎 様	○年○月○日～○年○月○日

受診料	領収書番号	費用区分	負担割合	本人・家族	区分
自費料	No.*****	〇〇	100%	家族	

保 険	初・再診料	医学管理等	在宅診療	検査	画像診断	投薬
	点	点	点	点	点	点
	注射	リハビリテーション	処置	手術	麻酔	放射線治療
	点	点	点	点	点	点
	歯冠修復・欠損補綴	歯科矯正	病理診断		合計点数	一部負担金
点	点	点		点	円	

保 険 外 負 担	評価療養・剪定療養	その他	販売品	前回未収額	前回過剰額
	円	182,580 円	5,865 円	円	円
	(内訳)	(内訳) 歯科矯正治療		今回未収額	今回過剰額
				円	円

- 領収印のないものは無効です。
- この領収書は高額療養費、確定申告等の証明に必要です。
- 領収書の再発行はできませんので、大切に保管してください。

請求金額合計
188,445 円

保険外診療の内訳が明記されていることが必要です。

〒***-****

〇〇市〇〇丁目〇-〇〇

医療法人〇〇〇〇会 〇〇医院

領収印

