様式第２号（第４条関係）

川越市こども医療費請求書（川越市国民健康保険分）

市国保

年　　月　　日

医療機関コード									

（提出先）
川越市長

請求金額　　円

保険医療機関　所在地
名称　　印

受給者番号	保険者番号	診療年月	入院	外来	日数	総医療費（円）	他法点数	一部負担金の額	受給者の氏名	処方医療機関
		・	1	2						
		・	1	2						
		・	1	2						
		・	1	2						
		・	1	2						
		・	1	2						
		・	1	2						
		・	1	2						
		・	1	2						
		・	1	2						
		・	1	2						
請求 小計	件							円		
請求 合計	件							円		

（注）１　この請求書は、川越市国民健康保険に加入している受給者について記入してください。
２　他法点数欄には、公費分点数がある場合に、再掲でその点数を記入してください。
３　一部負担金の額欄には、２割の金額を記入してください。ただし、小学校就学後の場合は３割の金額を記入してください。