養　育　医　療　給　付　台　帳

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| コード番号 | | | 制度別  番　号 | | 都道府  県番号 | 実施機関  番　　号 | ※ | 受給者番号 | | | | ※ | 保険者番号 | | | | 医療機関番号 | | | | |
|  | |  |  |  |  | | | |  |  | | | |  | | | | |
| 受療者 | 氏　　名 | |  | | | | | 申請者 | 氏　　名 | |  | | | | 受療者と  の続柄 |  | | 所得階層区分 | | （　　　　 　円） | |
| 生年月日 | |  | | | | | 生年月日 | |  | | | | | | |
| 住　　所 | |  | | | | | 住　　所 | |  | | | | | | |
| 出生時体重 | |  | | | | | 連絡先 | |  | | | | | | |
| 医療券交付年月日等 | 医療券交付年月日 | |  | | | | | 保険  種別 | 保険区分 | |  | | | | | | | | 指定養育  医療機関 | |  |
| 医 療 券  有効期間 | |  | | | | | 保険者の  名　　称 | |  | | | | | | | |
| 診　　療  予定期間 | |  | | | | | 被保険者等記号・番号 | |  | | | | | | | |
| 請　求　月 | | 診　療　月 | | 診療  実日数 | | 総医療費① | 医療保険  負担額② | | | 公費負担額  ①－②＝③ | | 移送費等 | | 自己負担額 | | レセプト区分 | | | | | 備　　　考 |
|  | |  | |  | |  |  | | |  | |  | |  | |  | | | | |  |
|  | |  | |  | |  |  | | |  | |  | |  | |  | | | | |  |
|  | |  | |  | |  |  | | |  | |  | |  | |  | | | | |  |
|  | |  | |  | |  |  | | |  | |  | |  | |  | | | | |  |
|  | |  | |  | |  |  | | |  | |  | |  | |  | | | | |  |
|  | |  | |  | |  |  | | |  | |  | |  | |  | | | | |  |
| 計 | |  | |  | |  |  | | |  | |  | |  | |  | | | | |  |

（注） コード番号欄の※は、検証番号