

ひとり親医療の現物請求について

熊本市長 様

柔

ひとり親家庭等医療費請求書

(熊本市提出用)

登録番号

令和 6 年 12 月分の医療費を次のとおり請求します。

令和 年 月 日

総合計件数	総合計医療費
件	円

施 術 所 の
所在地及び名称
開 設 者 氏 名
電 話 番 号

印

(上の欄は総合計ですので、1枚目のにのみ記入してください。)

令和6年12月診療からは、受給資格者記号・
番号は7桁の番号を記載してください。
左詰めで記載してください。

請 求 書 明 細 (枚中の 枚目)

番号	受給資格者証記号・番号	保	医療費	診療科目	(以前診療分) この請求書の該当診療 月以前の診療の場合、 その診療年月を記入	備考
1	1 2 3 4 5 6 7	430017	熊本 花子	外	6 0 0 0	年 月
2	1 3 5 7 9 1 3	430017	熊本 太郎	外	5 2 0 0	年 月
3	2 4 6 8 0 2 4	430017	熊本 二郎	外	3 9 0 0	年 月
4	■			外		
5				外		
6	■			外		
7	■			外		
8				外		
9	1 2 3 4 5 6 0 1 0	430017	肥後 花子	外	4 5 0 0	令和6年 11月
10				外		年 月
		計				

(例外)
以前診療分(令和6年11月以前)を請求する場
合は9桁の番号を記載してください。

※ この請求書は高額療養費、老人保健法に該当する場合は使えません。
※ 総医療費は、療養費の対象となる施術料を記入してください。自費分は対象外です。

担当者名