第７号様式（第１０条第３項）

医　療　費　計　算　書

年　　月　　日

所　在　地
医療機関　名　　称
代表者氏名　　㊞

年　　月分の子ども医療費を下記のとおり証明します。

子　ど　も　氏　名							
受　給　者　番　号							
通　院　日	保険給付の対象となる医療費の総額 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	食事日数
日	円	円	円		円		
日	円	円	円		円		
日	円	円	円		円		
日	円	円	円		円		
日	円	円	円		円		
日	円	円	円		円		
日	円	円	円		円		
日	円	円	円		円		
日	円	円	円		円		
日	円	円	円		円		
日	円	円	円		円		
日	円	円	円		円		
日	円	円	円		円		
日	円	円	円		円		
日	円	円	円		円		
日	円	円	円		円		
日	円	円	円		円		
日	円	円	円		円		
日	円	円	円		円		
日	円	円	円		円		
日	円	円	円		円		
日	円	円	円		円		
入院期間 日～　日	円	円	円	円	円	円	