ANNUAL UNINSURED MEDICAL EXPENSES
PAID BY CUSTODIAL PARENT

Year: _____ 6% of uninsured medical expenses = $_____

Service Date	Child	Health Care Provider	Total Charge	Amount Paid by Insurance	Remaining Balance	Amount I Have Paid	Check #	Date	Total Uninsured Paid To Date
			$	$	$	$			$
			$	$	$	$			$
			$	$	$	$			$
			$	$	$	$			$
			$	$	$	$			$
			$	$	$	$			$
			$	$	$	$			$
			$	$	$	$			$
			$	$	$	$			$
			$	$	$	$			$
			$	$	$	$			$
			$	$	$	$			$
			$	$	$	$			$
			$	$	$	$			$

Service Date	Child	Health Care Provider	Total Charge	Amount Paid by Insurance	Remaining Balance	Amount I Have Paid	Check #	Date	Total Uninsured Paid To Date
			$	$	$	$			$
			$	$	$	$			$
			$	$	$	$			$
			$	$	$	$			$
			$	$	$	$			$
			$	$	$	$			$
			$	$	$	$			$
			$	$	$	$			$
			$	$	$	$			$
			$	$	$	$			$
			$	$	$	$			$
			$	$	$	$			$
			$	$	$	$			$
			$	$	$	$			$
			$	$	$	$			$
			$	$	$	$			$
			$	$	$	$			$