

小児慢性特定疾病医療費証明書 (医療機関記入用)

小児慢性特定疾病に係る医療費のうち、既に患者から領収済の医療費について証明してください。  
(太枠内のみご記入ください。)

患者氏名				受給者番号		
小児慢性特定疾病 医療費 自己負担上限額		円		受診指定の 始期日	年 月 日	
診療 月	区分 (期間)	日数 【回数】	医療保険 負担割合 (いずれかに○)	当該疾病に係る総医療費 (点数×10円) 【基準額・看護費用】	患者からの 領収額 【標準負担額】	
年 月	入院 ( 日～ 日)	日	2割	円	円	
	入院時食事療養費	回	高額療養適用	基準額 円	標準負担額 円	
	入院外	日	2割	円	円	
	保険調剤	回	3割	円	円	
	訪問看護	日	高額療養適用	看護費用 円	円	
年 月	入院 ( 日～ 日)	日	2割	円	円	
	入院時食事療養費	回	高額療養適用	基準額 円	標準負担額 円	
	入院外	日	2割	円	円	
	保険調剤	回	3割	円	円	
	訪問看護	日	高額療養適用	看護費用 円	円	
年 月	入院 ( 日～ 日)	日	2割	円	円	
	入院時食事療養費	回	高額療養適用	基準額 円	標準負担額 円	
	入院外	日	2割	円	円	
	保険調剤	回	3割	円	円	
	訪問看護	日	高額療養適用	看護費用 円	円	
上記のとおり患者負担金は患者より領収済であり、公費併用レセプトによる社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会への請求、若しくは他の公費負担者への請求を行っていないことを証明いたします。  年 月 日  所在地 名称 代表者名				保健所確認欄		
				他機関証明	有・無	
				医療機関等	指定・指定外	
				階層		
				備考		
				印		

◎記入上の注意

- 受給者証の受診指定始期日以降の診療分について記入してください。
  - 小児慢性特定疾病及び当該疾病に直接起因する傷病に係る医療費についてのみ証明してください。
- ※ 複数の医療機関を利用された場合は、それぞれの医療機関での証明が必要です。