

## 小児慢性特定疾病医療費証明書

患者氏名					生年月日	年	月	日
受給者番号					受給者証の有効期間	年	月	日 ~ 年 月 日
対象疾病 (※1)								
医療費等の内訳(※2)								
診療年月	保険負担割合	診療区分	診療日数 (食事数)	保険総点数(一食当たりの単価)・費用総額	左記のうち上記対象疾病に係る保険点数・費用の額	患者負担額(※3)		備考
年 月	割	入院	日	点	点	円		
		食事療養費	食	単価	円	—	円	
		通院	日	点	点	円		
		薬局	日	点	点	円		
		訪問看護	日	円	円	円		
年 月	割	入院	日	点	点	円		
		食事療養費	食	単価	円	—	円	
		通院	日	点	点	円		
		薬局	日	点	点	円		
		訪問看護	日	円	円	円		
年 月	割	入院	日	点	点	円		
		食事療養費	食	単価	円	—	円	
		通院	日	点	点	円		
		薬局	日	点	点	円		
		訪問看護	日	円	円	円		
年 月	割	入院	日	点	点	円		
		食事療養費	食	単価	円	—	円	
		通院	日	点	点	円		
		薬局	日	点	点	円		
		訪問看護	日	円	円	円		
上記のとおり、小児慢性特定疾病に係る患者負担額を領収したことを証明します。								
年 月 日								
医療機関 所在地								
名称								
代表者氏名								
連絡先		担当所属名						
		担当者名				電話番号 ( ) —		

※1 受給者証に記載された小児慢性特定疾病の名称を記載してください。(疾病名は、「疾患群番号-疾病の告示番号」で表示)

※2 支給認定を受けた小児慢性特定疾病について、受給者証の有効期間内に行われた治療等の医療費(医療保険適用分。食事療養費を含む。)の内訳を証明してください。

※3 限度額適用認定証の提示があった場合は、備考欄に高額療養費の適用区分を記載してください。