

# 小児慢性特定疾病医療費証明書

受給者番号		受給疾患名	
受診者氏名		保険負担割合	社保 国保 ( 割 )
受給者証有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		

※小児慢性特定疾病医療に係る診療分のみ記載してください。  
 ※有効期間外や、小児慢性特定疾病医療以外の診療がある場合は、「小慢外有」欄に「○」を記入のうえ、対象月の総日数、総点数、自己負担総額も記載してください。  
 (全て有効期間内かつ、小児慢性特定疾病医療に係る医療等の場合は、公費対象分のみ記載でかまいません。)

診療月	区分	診療日数		保険診療点数・単位		自己負担額		小慢外有
			日	点		円	円	
年 月	入院	総日数	日	総点数	点	総額	円	/
		小慢公費対象分	日	小慢公費対象分	点	小慢公費対象分	円	
	通院 薬局 訪看	総日数	日	総点数	点	総額	円	
		小慢公費対象分	日	小慢公費対象分	点	小慢公費対象分	円	
	食事療養費	食費(1食)	円	小慢公費対象 総食事回数	回	小慢公費対象 食費総額	円	
年 月	入院	総日数	日	総点数	点	総額	円	/
		小慢公費対象分	日	小慢公費対象分	点	小慢公費対象分	円	
	通院 薬局 訪看	総日数	日	総点数	点	総額	円	
		小慢公費対象分	日	小慢公費対象分	点	小慢公費対象分	円	
	食事療養費	食費(1食)	円	小慢公費対象 総食事回数	回	小慢公費対象 食費総額	円	
年 月	入院	総日数	日	総点数	点	総額	円	/
		小慢公費対象分	日	小慢公費対象分	点	小慢公費対象分	円	
	通院 薬局 訪看	総日数	日	総点数	点	総額	円	
		小慢公費対象分	日	小慢公費対象分	点	小慢公費対象分	円	
	食事療養費	食費(1食)	円	小慢公費対象 総食事回数	回	小慢公費対象 食費総額	円	

備考

※ 高額療養費の限度額適用認定証による現物給付を行っている月がある場合は、適用区分等を記入してください。  
 ※ 他公費が適用された医療費は対象外となります。適用されている場合は、参考に公費名及び金額を記入してください。

上記のとおり証明します。

年 月 日

指定医療機関コード ( )

名称

所在地

代表者名 (印)

担当者名	
連絡先	