

小児慢性特定疾病医療費証明書

受 診 者	住 所	公費負担者番号 52196011 52197019 52198017	
	(フリガナ) 氏 名	受給者番号	
	保険種別	国保・退職・国組・協会・組合・共済・後期・その他	自己負担割合 _____ 割
	有効期限	年 月 日 から 年 月 日 まで	
	重度心身障害者医療費助成制度の受給資格 有・無 (有効期間始期: 年 月 日～)		

上記の者に対する、小児慢性特定疾病医療費は次のとおりであることを証明します。

年 月 日

指定医療機関 所在地

名 称

氏 名

印

金 _____ 円 (窓口支払総額欄の合計額)

内 訳

診療 年月	入院・入院外の別等	総診療点数等	(小児慢性特定疾病分診療点数等)	窓口支払総額	重度医療 請求なし	
年 月 分	入 院	医療費	日 点 (日 点)	円	<input type="checkbox"/>	
		食事療養費	食× 円= 円(小児慢性特定疾病分のみ)	円		
入 院 外	入 院 外	医療費・調剤	日 点 (日 点)	円		
		基本利用料	円	円		
年 月 分	入 院	医療費	日 点 (日 点)	円		<input type="checkbox"/>
		食事療養費	食× 円= 円(小児慢性特定疾病分のみ)	円		
入 院 外	入 院 外	医療費・調剤	日 点 (日 点)	円		
		基本利用料	円	円		
年 月 分	入 院	医療費	日 点 (日 点)	円	<input type="checkbox"/>	
		食事療養費	食× 円= 円(小児慢性特定疾病分のみ)	円		
入 院 外	入 院 外	医療費・調剤	日 点 (日 点)	円		
		基本利用料	円	円		

※記入方法については必ず裏面をご覧ください。

○指定医療機関の方へ

- ◆ 必ず小児慢性特定疾病医療費受給者証を確認して「受診者」欄の全ての記載をお願いいたします。

「重度心身障害者医療費助成制度の受給資格」欄において、「有」に○をつけた方については、重度心身障害者医療費助成金受給者証の有効期間の始期を記載してください。

- ◆ 指定医療機関の指定を受けていない医療機関等では記入できません。

- 1 この証明書は、小児慢性特定疾病の治療を受けた患者さんが、医療機関の窓口で支払った療養費を支給するために必要な事項について、医療機関等からの証明をお願いするものです。
したがって、小児慢性特定疾病以外の治療及び小児慢性特定疾病医療費受給者証の有効期間以外における治療等については対象外となります。(小児慢性特定疾病に付随して発現する傷病も対象となります。)
- 2 記載に当たっては診療年月ごと、入院・入院外ごとに証明してください。院内処方^①の保険調剤については各入院・入院外に含めて記入してください。
なお、同一の医療機関における歯科診療及び歯科診療以外の診療は、それぞれの診療ごとに別の医療機関とみなされるため、診療年月が同一でも別々の欄に記入してください。
- 3 「総診療点数等」欄には、月の総診療点数を記入し、「(小児慢性特定疾病分診療点数等)」欄に、小児慢性特定疾病の治療で小児慢性特定疾病医療費受給者証の有効期間内の診療点数を記入してください。
- 4 「窓口支払総額」欄には、患者が実際に窓口負担して支払った総額(保険診療部分のみ)を記入してください。(「総診療点数等」欄に記載した総点数に対して自己負担割合に対応した金額か、高額療養費制度適用後の限度額となります。なお、他の医療費助成制度等を利用の場合はこの限りではありません。)
- 5 「重度医療請求なし」欄は、重度心身障害者医療費の請求をしていないことの確認欄です。
重度心身障害者医療費助成制度の受給者は、小児慢性特定疾病医療費の償還払いの対象にはなりませんので、重複請求がないことを確認のうえ、チェックをお願いします。
- 6 「食事療養費」欄には、食事標準負担額(100円・160円・210円・260円)での記入をしてください。
※「食事療養費」欄については、小児慢性特定疾病分のみの記入をしてください。
- 7 他の医療費助成制度等を利用した場合には、欄外に利用した医療費助成制度等を「○○(法別番号)使用」と記入してください。