

小児慢性特定疾病医療費療養証明書

受給者番号	9876543		受給者氏名	京都 一郎	
受給者証の有効期間			令和8年 5月10日から 令和9年 3月31日まで		

診療年月	診療区分	診療実日数 (食事数)	対象医療費 (一食単価)	患者自己負担額	高額療養費 適用区分
令和8年5月分	入院	日	円	円	
	食事療養費	回	円	円	
	通院	日	円	円	
	調剤		円		
			円	円	
			円	円	
	調剤	日	円	円	
	訪問看護	日	円	円	
			円	円	
年 月分	入院	日	円	円	
	食事療養費	回	円	円	
	通院	日	円	円	
	調剤	日	円	円	
	訪問看護	日	円	円	
年 月分	入院	日	円	円	
	食事療養費	回	円	円	
	通院	日	円	円	
	調剤	日	円	円	
	訪問看護	日	円	円	

受給者証の有効期間内かつ小児慢性特定疾病として承認を受けた疾病に係る医療費についてのみ記載してください。
また、承認を受けた疾病に起因する症状（合併症や治療の副作用等）への治療についても対象となります。

実際に支払いを受けた金額を記載してください。（保険診療分のみ）

上記のとおり、受給者 **京都 一郎** に対する小児慢性特定疾病医療支援を実施し、患者自己負担分を受領したことを証明します。

令和8年 6月15日

医療機関	所在地	京都市中京区寺町御池
	名称	御池病院
	担当者名	寺町 三花
	代表者	院長 御池 二郎
	電話番号	075-000-0000

※1 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。

※2 診療支払い時点で他の医療費助成をお持ちの場合は「患者自己負担額」欄には当該助成適用後の患者負担額を御記入ください。