

小児慢性特定疾病医療費療養証明書

受給者番号	受給者氏名
受給者証の有効期間	年 月 日から 年 月 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
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	
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	

上記のとおり、受給者 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。

年 月 日

医療機関 所在地

名 称

担当者名

代表者

電話番号

※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。