

様式第3号(第2条関係)

小児慢性特定疾病医療費証明書									
受 診 者	受給者番号							氏 名	
	生 年 月 日	年      月      日							
	保険の種類：		自己負担割合：		割				
※1 医療機関分(明細) (      年      月分)									
区 分	診療実日数・ 食数	保険診療総点数		公費対象点数		患者負担相当額		備考欄	
入院医療費	日	点		点		円 高額療養費現物給付 制度適用(有・無)			
食事療養費	食	(基準額) 円		(基準額) 円		円			
通院医療費	日	点		点		円			
<p>小児慢性特定疾病に係る療養について、上記のとおり領収したことを証明します。</p> <p>年      月      日</p> <p>所在地</p> <p>医療機関 名 称</p> <p>代表者名</p>									
※2 薬 局 分(明細) (      年      月分)									
区 分	実調剤日数	保険診療総点数		公費対象点数		患者負担相当額		備考欄	
院外処方による薬局分	日	点		点		円			
<p>小児慢性特定疾病に係る療養について、上記のとおり領収したことを証明します。</p> <p>年      月      日</p> <p>所在地</p> <p>薬 局 名 称</p> <p>代表者名</p>									
※3 訪問看護ステーション分(明細) (      年      月分)									
区 分	実訪問日数	訪 問 日		基 準 額		患者負担相当額		備 考 欄	
訪問看護療 養 費	日	日から 日まで		円		円			
<p>小児慢性特定疾病に係る療養について、上記のとおり領収したことを証明します。</p> <p>年      月      日</p> <p>所在地</p> <p>訪問看護ステーション 名 称</p> <p>代表者名</p>									

注 1 1か月ごとに作成してください。

2 ※1欄～※3欄は、それぞれの医療機関等において記載してください。

3 医療機関分の患者負担相当額欄は、高額療養費現物給付制度適用で限度額を超える場合は、自己負担限度額を記載してください。