

様式第3号(第2条関係)

小児慢性特定疾病医療費証明書						
受給者	受給者番号				氏名	
	生年月日	年 月 日			性別	男・女
	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		
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。 年 月 日 所在地 医療機関 名称 代表者名						
※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		
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。 年 月 日 所在地 薬局 名称 代表者名						
※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		
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。 年 月 日 所在地 訪問看護ステーション 名称 代表者名						

- 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。