様式第２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 |
| 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 | 診　療　日 | 公費対象点数 | 患者負担相当額 | 備　考　欄 |
| 入院医療費 |  　　　 日 | 　 日から 日まで | 　　　 　点(　　　 　点) | 　　　　　　　　　円高額療養費現物給付制度適用(有・無) |  |
| 通院医療費 |  　　　 日 | 　 日から 日まで |  　　　点(　　　 　点) |  　　　円 |  |
| 食事療養費 | 日 | 日から日まで | (基準額) 　　　　　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　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 | 診　療　日 | 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 | 　 日から　　日まで | 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　医療機関分および薬局分の公費対象点数欄の（　　）内には、該当月の総点数を記載してください。

４　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。