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。