

小児慢性特定疾病医療費証明書

○請求者様へ

- ・必ずそれぞれの指定医療機関(病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション)ごとに記入をご依頼ください。
- ・受給者等による記載は無効です。

患者氏名							
受給者番号					受給者証の有効期間開始日	年 月 日	
保険種別	協会けんぽ 組合 共済 国保 国保組合 生活保護				負担割合	2割 ・ 3割	
診療年月	診療区分	高額療養費の適用区分	診療実日数/サービス実回数	左記のうち有効期間内で、かつ小児慢性特定疾病公費対象の日数	保険診療総点数(訪問看護ステーションの場合は総金額)	左記のうち、有効期間内で、かつ小児慢性特定疾病公費対象の保険点数(訪問看護ステーションの場合は金額)	窓口での患者負担額 ※保険総点数分として窓口で支払った額 ※対象疾病以外分も含む
年 月	入院 通院 調剤 訪看				点(円)	点(円)	円
年 月	上記入院の場合 入院期間における 食事療養費	—	—	食	—	円	円
年 月	入院 通院 調剤 訪看				点(円)	点(円)	円
年 月	上記入院の場合 入院期間における 食事療養費	—	—	食	—	円	円
年 月	入院 通院 調剤 訪看				点(円)	点(円)	円
年 月	上記入院の場合 入院期間における 食事療養費	—	—	食	—	円	円
年 月	入院 通院 調剤 訪看				点(円)	点(円)	円
年 月	上記入院の場合 入院期間における 食事療養費	—	—	食	—	円	円

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

医療機関 所在地 〒 —

(調剤薬局等名)

名 称

代表者氏名

記入者氏名

電話番号(内線まで)

印

医療機関コード

※記載例

本証明書は医療機関ごとに作成してください。

指定医療機関が記入

小児慢性特定疾病医療費証明書

○請求者様へ

・必ずそれぞれの指定医療機関(病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション)ごとに記入をご依頼ください。
受給者等による記載は無効です。

患者氏名	群馬 太郎							
受給者番号	0123456			受給者証の有効期間開始日	〇〇〇〇 年 〇 月 〇 日			
保険種別	協会けんぽ 組合 共済 国保 国保組合 生活保護			負担割合	2割 ・ 3割			
診療年月	診療区分	高額療養費の適用 [分]	診療 実日数 /サビ 実回数	左記のうち有効期間内で、かつ小児慢性特定疾病公費対象の日数(食数)	保険診療総点数 (訪問看護ステーションの場合は総金額)	左記のうち、有効期間内で、かつ小児慢性特定疾病公費対象の保険点数(訪問看護ステーションの場合は総金額)	窓口での患者負担額 ※保険総点数分として窓口で支払った額 ※対象疾病以外分も含む	
診療月ごとに記入してください。	入院、通院、薬局、訪問看護は、それぞれ別段に記入してください。				小児慢性特定疾病公費対象点数の記載については、下記をご参照ください。			
外来記載時の記載例	R7年 3月	入院 通院 調剤 訪問	ア	10	7	15,000点(円)	10,000点(円)	45,000円
高額療養費該当時の記載例	R7年 4月	入院 通院 調剤 訪問	ウ	2	2	28,670点(円)	28,670点(円)	80,297円
入院時、食事療養費の記載例	R7年 4月	上記入院の場合 入院期間における 食事療養費	—	—	6食	—	3,060円	3,060円
訪問看護記載例	R7年 5月	入院 通院 調剤 訪問	オ	10	10	18,350点(円)	18,350点(円)	5,510円

【小児慢性特定疾病公費対象点数の記載について】

- 小児慢性特定疾病公費対象とは、受給者証有効期間内の対象疾患の診療に係る医療費です。(保険適用外の場合は公費対象となりません)
- 有効期間の開始日が月途中からの場合は、有効期間開始日以降のものを記入してください。(有効期間開始日前の医療費は助成対象外となります。入院診療は、診療月内における有効期間開始日以降の診療報酬点数(分点したものに医療保険の負担割合を乗じて求めた自己負担額を助成対象とします。)

【留意点】

- この用紙は、患者様の小児慢性特定疾病の償還払い請求を行う目的で、医療機関等の皆様に記載いただくものです。
- 証明の際は、受給者証等の提示を受け、医療費の支給申請ができることを確認してください。
- 受給者証に表示された疾病に関する治療でないもの、医療保険が適用されないものは、助成対象外であるため、証明の必要はありません。
- 院外処方等により、小児慢性特定疾病公費対象点数がご不明な場合は、必ず処方元の医療機関へ確認の上、ご記入ください。

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和〇年〇月〇〇日

医療機関 所在地 〒371-8570
(調剤薬局等名) 群馬県前橋市大手町1-1-1
名称 〇〇病院
代表者氏名 赤城 太郎
記入者氏名 医事課 榛名 次郎 〇〇病院 印
電話番号(内線まで) 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇

不明な点がある場合は、記入された方に電話等で確認させていただく場合があります。

必ず、押印してください。
なお、個人印の場合は、証明書発行の事実を電話で確認させていただきます。

医療機関コード 〇〇〇〇〇〇