

○この用紙は、医療機関で記入してもらってください。

大阪府小児慢性特定疾病医療費証明書

受給者氏名	大阪 太郎	受給者番号	0 1 2 3 4 5 6					
有効期間	令和元年2月1日 から 令和2年1月31日 まで							
最新の小児慢性特定疾病医療受給者証を確認し、記載下さい。	額	百万	十万	万	千	百	十	円
				2	1	8	0	0
健康保険種別及び負担割合	診療年月	診療実日数		保険診療点数及び一般単価		患者負担額		
社保 国保 3割 割	令和元年12月分	入院	3日間	3,267点		12,100円		
		食事	2日	460円		※2高額療養費額 ()円		
		通院	日	点		円		
		薬局	日	点		円		
社保 国保 3割 割	令和2年1月分	入院	日間	点		円		
		食事	日	円		※2高額療養費額 ()円		
		通院	5日	3,233点		9,700円		
		薬局	日	点		円		
社保 国保 割 割	年 月分	入院	日間	点		円		
		食事	日	円		※2高額療養費額 ()円		
		通院				円		
		薬局				円		
※記載事項が多い場合は、裏面に記載してください。								
備考欄								
医療機関を代表する者の名前の記載をお願いします。								
診療月ごとに小児慢性特定疾病の治療に関する医療保険の適用される医療費について記載下さい。 ※他の疾病の治療に要した治療費や文書料等は記載しないで下さい。								
上記のとおり領収したことを証明する。 令和2年2月1日								
医療機関コード		1	2	3	4	5	6	7
名称		なにわ大学病院						
代表者		病院長 浪花 次郎						
所在地		茨木市○○町 2-1-22						

○ 医療機関の方へ

- 小児慢性特定疾病医療費の保険点数の証明は、大阪府小児慢性特定疾病医療受給者証に記載されている疾病について、上記の承認期間の範囲内で証明してください。
- ※2の欄は高額療養費の引き下げを受けている場合のみ、その額を記入してください。

【追記欄】

健康保険種別 及び負担割合	診療年月	診療実日数		保険診療点数 及び一般単価	患者負担額
社保 国保	年 月分	入院	日間	点	円
			食事	円	※2 高額療養費額 (円)
		通院	日	点	円
		薬局	日	点	円
社保 国保	年 月分	入院	日間	点	円
			食事	円	※2 高額療養費額 (円)
		通院	日	点	円
		薬局	日	点	円
社保 国保	年 月分	入院	日間	点	円
			食事	円	※2 高額療養費額 (円)
		通院	日	点	円
		薬局	日	点	円
社保 国保	年 月分	入院	日間	点	円
			食事	円	※2 高額療養費額 (円)
		通院	日	点	円
		薬局	日	点	円
社保 国保	年 月分	入院	日間	点	円
			食事	円	※2 高額療養費額 (円)
		通院	日	点	円
		薬局	日	点	円
社保 国保	年 月分	入院	日間	点	円
			食事	円	※2 高額療養費額 (円)
		通院	日	点	円
		薬局	日	点	円

表面で書ききれない場合のみ作成し、提出をお願いします。