

指定医療機関が記入してください。

診療報酬等領収証明書

小児慢性特定疾病申請用

フリガナ					加入医療保険	国保・社保・国組				
受給者氏名					主保険の自己負担割合	本人・家族				
生年月日	年	月	日		1割・2割・3割					
小児慢性特定疾病の公費負担者番号	5	2	3	3		小児慢性特定疾病の受給者番号				
診療日	診療区分	(A)保険診療等総額 <small>(上段は小児慢性医療費以外の金額を含む総額)</small>				(B)患者負担額 <small>(窓口で支払った金額)</small>		公費対象額 <small>(岡山市記載欄)</small>		
年 月分 日～ 日	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> その他()	診療総額 () 円				全ての医療費の負担額 () 円		円		
		小児慢性特定疾病医療費総額 () 円				小児慢性特定疾病医療費の負担額 () 円				
年 月分 日～ 日	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> その他()	診療総額 () 円				全ての医療費の負担額 () 円		円		
		小児慢性特定疾病医療費総額 () 円				小児慢性特定疾病医療費の負担額 () 円				
年 月分 日～ 日	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> その他()	診療総額 () 円				全ての医療費の負担額 () 円		円		
		小児慢性特定疾病医療費総額 () 円				小児慢性特定疾病医療費の負担額 () 円				
(C)小児慢性特定疾病に係る入院時食事療養費がある場合、下の枠内を記入してください。										
年 月分 日～ 日	小児慢性認定期間中の食事回数 () 回				患者負担額 () 円		円			
年 月分 日～ 日	小児慢性認定期間中の食事回数 () 回				患者負担額 () 円		円			
(D)小児慢性特定疾病の支給認定が開始した月に、有効期間開始前の診療がある場合は、下の枠内を記入してください。					(E)窓口支払時に小児慢性特定疾病以外の制度の限度額を適用した場合は、下の枠内を記入してください。					
診療日	診療区分	開始前保険診療総額			適用した制度		限度額			
年 月分 日～ 日	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> その他()	入院()円	外来()円		<input type="checkbox"/> 高額療養費 適用区分() <input type="checkbox"/> 心身障害(80) <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等 <input type="checkbox"/> 子ども医療 <input type="checkbox"/> その他()		()円			
【備考欄】										
上記のとおり証明します。										
年 月 日				医療機関コード _____						
所在地				医療機関の名称						
代表者名 _____				印 _____						

裏面の記入例もご確認ください。

記入例

フリガナ	カヤマ ハナコ		加入医療保険	国保・社保・国組		
受給者氏名	岡山 花子			本人・ 家族		
生年月日	平成 〇〇 年 〇 月 〇 日		主保険の自己負担割合	1割・2割・ 3割		
小児慢性特定疾病の公費負担者番号	5	2	3	3	8	
	0	2	7	小児慢性特定疾病の受給者番号	9	
	8	7	6	5	4	
	3				3	
同月、同一区分の診療はまとめて記入可能。			診療等総額 (以上は小児慢性医療費以外の金額を含む総額)	(B)患者負担額 (窓口で支払った金額)	公費対象額 (岡山市記載欄)	
RO年 5月分 7日~13日	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪看	診療総額 (200,000)円 小児慢性特定疾病医療費総額 (10,000)円	全ての医療費の負担額 (57,600)円 小児慢性特定疾病医療費の負担額 (3,000)円	円	
RO年 5月分 14日~31日	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> その他()	<input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪看	診療総額 (120,000)円 小児慢性特定疾病医療費総額 (100,000)円	全ての医療費の負担額 (36,000)円 小児慢性特定疾病医療費の負担額 (30,000)円	円	
(A): 診療総額(上段)、小児慢性医療費(下段)ともに10割の金額を記入してください。			(B): 小児慢性特定疾病以外の医療費も含む全ての医療費負担額と小児慢性特定疾病医療費のみの負担額をそれぞれ記入してください。			
(C)小児慢性特定疾病に係る入院時食事療養費がある場合は、下の枠内を記入してください。						
RO年 5月分 7日~13日	小児慢性認定期間中の食事回数 (20) 回		患者負担額 (9,200)円	円		
(D)小児慢性特定疾病の支給認定開始月の全ての医療費のうち、小児慢性特定疾病の認定開始前の診療総額(10割)を記入してください。支給認定開始月の医療費が、明らかに償還払いの対象ではない場合(受給者証持参忘れ受診の償還払い等)は記入不要です。						
診療日	診療区分	開始前保険診療総額	適用した制度	限度額		
RO年 5月分 1日~6日	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪看	入院(150,000)円 外来()円	<input checked="" type="checkbox"/> 高額療養費 適用区分(工) <input type="checkbox"/> 心障害(80) <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等 <input type="checkbox"/> 子ども医療 <input type="checkbox"/> その他()	(57,600)円	
【備考欄】						
上記のとおり証明します。						
令和〇年 〇月 〇日			医療機関コード	〇〇, 〇〇〇〇, 〇		
所在地			岡山市北区鹿田町1丁目1-1		岡山A病院 印	
医療機関の名称			岡山A病院			
代表者名			岡山 次郎			

【注意事項】

- ・証明書は医療機関ごとに作成してください。領収書での代用はできません。
- ・受給者証の自己負担上限額管理票への記入は必要ありません。
- ・自己負担上限月額に達しない場合でも証明してください。(他の指定医療機関と合算するためなどに必要です。)