

様式第 11 号 (第 19 条第 2 項関係)

小児慢性特定疾病療養証明書

| | | |
|------|-------|-------|
| 患者氏名 | | 男 ・ 女 |
| 生年月日 | 年 月 日 | |

| | | | |
|-----|--|-------------|-------|
| 疾病名 | | 区分 (いずれかに○) | 国 ・ 県 |
|-----|--|-------------|-------|

| | | | |
|------------|-------------------------|-------------|--------------|
| 保険の 種 類 | 健保 ・ 国保 ・ 共済 その他 () | 保険負担 割 合 | 入院 割 通院 割 |
|------------|-------------------------|-------------|--------------|

| 診療月 | 入院・通院 の別 | 日数 (日) | 上記疾病の 保険診療総額 (a) | 左のうち、 患者負担額 (b) | 医療機関等 窓口支払額 (c) | 受診券に記載 された自己負 担限度額 |
|---------------------|-------------|-----------|------------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|
| 月分 | 入院 | 診 療 | | | | |
| | | 食 事 | | | | |
| | 外 来 | | | | | |
| | 合 計 (A) | | | | | |
| 月分 | 入院 | 診 療 | | | | |
| | | 食 事 | | | | |
| | 外 来 | | | | | |
| | 合 計 (B) | | | | | |
| 月分 | 入院 | 診 療 | | | | |
| | | 食 事 | | | | |
| | 外 来 | | | | | |
| | 合 計 (C) | | | | | |
| 合 計 (A) + (B) + (C) | | | | | | |

上記疾病に係わる医療費について、このとおり証明します。

年 月 日

医療機関 所在地
(保険薬局) 名 称
代表者
(記入者名/電話番号

印)