

小児慢性特定疾病療養証明書

患者氏名	
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
	入院	診 療 食 事					
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)