

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

印 ※記名押印又は自筆による署名

(記入者名/電話番号

)