小児慢性特定疾病医療費領収済証明書

令和 年 月 分

【注意事項】

1. 証明書は、月ごとに作成してください。
2. お尋ねの連絡をする場合がございます。ご記入後は必ず控えを取っておいてください。
3. 『小児慢性特定疾病費医療分』の医療費とは、小児慢性特定疾病医療費助成認定期間内であって、かつ、小児慢性特定疾病に関わる医療費です。
4. 『患者自己負担相当額』とは総医療費から医療保険負担分を差し引いた額です。
5. 『受給者からの領収額』とは、患者様が窓口で実際にお支払いになった金額です。

受給者番号		受給者氏名	
小児慢性特定疾病医療費自己負担上限額	円	小児慢性特定疾病医療費助成の認定期間	自 年 月 日 至 年 月 日
《請求(証明)理由》 ※該当する理由に○	1 受給者証交付申請後、受給者証を受領する前に支払った医療費の払い戻し 【新規申請・更新申請・重症申請・その他の申請()】 2 自己負担上限額変更による払い戻し 3 患者による[小児慢性特定疾病医療受給者証・自己負担上限額管理票]所持忘れ 4 その他【 】		

入院期間	健康保険等負担割合(該当に○)	総医療費(円)	医療保険者負担分	患者自己負担相当額	受給者からの領収額	食事療養費
全体額		円	円	円	円	円
入院分	小児慢性特定疾病医療費対象外分	3割				単価 円
		2割				× 日数又は回数 (日・回)
	1割	円	円	円	円	円
	高額療養費適用					円
内訳	小児慢性特定疾病医療費分	3割				単価 円
		2割				× 日数又は回数 (日・回)
	1割	円	円	円	円	円
	高額療養費適用					円

該当するものに○及び診療日	健康保険等負担割合(該当に○)	総医療費(円)	医療保険者負担分	患者自己負担相当額	受給者からの領収額
訪問看護費	訪問リハビリ				
全体額		円	円	円	円
外来分	小児慢性特定疾病医療費対象外分	3割			
		2割			
	1割	円	円	円	円
	高額療養費適用				
内訳	小児慢性特定疾病医療費分	3割			
		2割			
	1割	円	円	円	円
	高額療養費適用				

上記のとおり、相違ないことを証明します。
 また、患者負担金は受給者より領収済であり、レセプトにより国保連合会および社会保険支払基金へ請求していないことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関等

所在地

名称

代表者名

電話番号/FAX

医療機関コード

--	--	--	--	--	--	--	--

記入者

(部署名)

(記入者氏名)

印

【注意事項】

1. 証明書は、月ごとに作成してください。
2. お尋ねの連絡をする場合がございます。ご記入後は必ず控えを取っておいてください。
3. 『小児慢性特定疾病費医療分』の医療費とは、小児慢性特定疾病医療費助成認定期間内であって、かつ、小児慢性特定疾病の関わる医療費です。
4. 『患者自己負担相当額』とは総医療費から医療保険負担分を差し引いた額です。
5. 『受給者からの領収額』とは、患者様が窓口で実際にお支払いになった金額です。

必ず控えをお取りください。

必ず『受給者証』を確認のうえ、ご記入下さい。

受給者番号		受給者氏名	
小児慢性特定疾病医療費自己負担上限額	円	小児慢性特定疾病医療費助成の認定期間	自 年 月 日 至 年 月 日

《請求(証明)理由》

1	受給者証交付申請後、受給者証を受領する前に支払った医療費の払い戻し
2	自己負担上限額変更による払い戻し
3	患者による[小児慢性特定疾病医療受給者証・自己負担上限額管理票]所持忘れ
4	その他【 】

※該当する理由に○をしてください。

受給者証を確認できなかった理由になります。

入院期間	健康保険等負担割合(該当に○)	総医療費(円)	医療保険者負担分	患者自己負担相当額	受給者からの領収額	食事療養費
全体額		円	円	円	円	円
内訳	小児慢性特定疾病医療費対象外分	3割 2割 1割	円	円	円	単価 円 × 日数又は回数 (日・回)
	日～日	高額療養費適用				円
内訳	小児慢性特定疾病医療費分	3割 2割 1割	円	円	円	× 日数又は回数 (日・回)
	日～日	高額療養費適用				円

どちらかに○

該当するものに○及び診療日	健康保険等負担割合(該当に○)	総医療費(円)	医療保険者負担分	患者自己負担相当額	受給者からの領収額
訪問看護費	訪問リハビリ	円	円	円	円
全体額		円	円	円	円
内訳	小児慢性特定疾病医療費	3割 2割 1割	円	円	円
	日()日	高額療養費適用			
内訳	小児慢性特定疾病医療費分	3割 2割 1割	円	円	円
	受診日 ()日	高額療養費適用			

【公費負担外】分と【公費】分の内訳をご記入ください。

受診日の記載はもれなくお願い致します。

上記のとおり、相違ないことを証明します。また患者負担金は受給者より領収済であり、レセプトにより国保連合会および社会保険支払基金へ請求していないことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関等 所在地 名称 代表者名 電話番号/FAX

医療機関コード

記入者 (部署名) 印 (記入者氏名)

記入者の氏名は必ずご記入ください。