

## 小児慢性特定疾病療養証明書

患者氏名		男 ・ 女
生年月日	平成 年 月 日	

疾病名		区分(いずれかに〇)	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。  
平成 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

)