

【注意事項】 医療機関の方へ
・証明書は、月ごとに作成してください。また、下部の部署名/ご記入者名は必ずご記載ください。
・お尋ねの連絡をする場合がございます。ご記入後は医療機関等で控え(コピー)を取っておいてください。
・高額療養費限度額適用区分は該当しない場合でも、必ず記載してください。

受給者番号							受給者氏名		
診療時における 医療保険情報	保険種別	国保・社保（ ） / 本人・家族					負担割合	2・3 割	
	高額療養費限度額適用区分（ ）						多数該当	有 ・ 無	
福祉医療制度等の利用	無 ・ 有 【 障 ・ こども（乳幼） ・ ひとり親 ・ 重 ・ 精神 】 ※該当するものに○をつけてください。								
《請求（証明理由）》 ※該当する番号に○ 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 2. 自己負担上限額変更による払い戻し 3. 患者による受給者証・上限額管理票の提示忘れ ⇒この場合は県からの払い戻しの対象外です。									

入 院		総医療費 (10割)	患者負担額※保険診療分のみ (窓口で支払った額)	入院食事療養費 1回: _____円
全入院期間 日～ 日		円	円	食事回数 ※小慢対象分 _____回
内 訳	うち小児慢性特定疾病対象外 分 日～ 日	円	円	患者負担額 (窓口で支払った額) _____円
	うち小児慢性特定疾病対象 分 日～ 日	円	円	

外来・調剤		※有効期間始期日以降の小児慢性特定疾病分を記入のこと		
診療日	内訳	総医療費 (10割)	患者負担額※保険診療分のみ (窓口で支払った額)	※県使用欄
____日、____日、____日、 ____日、____日、____日、 ____日、____日、____日	月全体	円	円	円
	うち 小慢分	円	円	円

訪問看護等		総医療費 (10割)	患者負担額※保険診療分のみ (窓口で支払った額)	※県使用欄
利用日数	内訳	円	円	円
総利用日数	月全体			
うち認定期間内	うち 小慢分	円	円	円

【備考欄】 記載例: ●日から保険変更(国保⇒協会けんぽ)	

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公費(52)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
	記入者氏名
	(部署名)
	印

小児慢性特定疾病医療費証明書

記載例

【注意事項】は必ずお読みください。
また、ご記入後は医療機関様において、
必ずお控え(コピー)をとっておいてください。

- 【注】
- ・証明書は、月ごとに作成してください。また、下部の部署名/ご記入各名は必ず記載してください。
 - ・お尋ねの連絡をする場合がございます。ご記入後は医療機関等で控え(コピー)を取っておいてください。
 - ・高額療養費限度額適用区分は該当しない場合でも、必ず記載してください。

受給者番号	受給者証の内容を記載			
診療時における 医療保険情報	保険種別	国保・社保 () / 本人・家族	負担割合	2・3 割
	高額療養費	健康保険証やオンライン資格確認で確認した情報を記載 無		
福祉医療制度等の利用	無・有 【 障・こども(乳幼)・ひとり親・重・精神 】 ※該当するものに○をつけてください。			

《請求(証明理由)》 ※該当する番号に○

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
2. 自己負担上限額変更による払い戻し
3. 患者による受給者証・上限額管理票の提示忘れ ⇒ この欄に記入してください。

・対象外(3割分)が12,000円のため、
全体の支払額から差し引いた額を記載

入院		総医療費 (10割)	患者負担額※保険診療分のみ (窓口で支払った額)	入院食事療養費 1回: 510 円
全入院期間 1日～ 20日		200,000 円	57,600 円	食事回数 ※小慢対象分
内 訳	うち小児慢性特定疾病対象外 分 1日～ 4日	40,000 円	12,000 円	5 回
	うち小児慢性特定疾病対象 分 5日～ 20日	160,000 円	45,600 円	患者負担額 (窓口で支払った額)
				2,550 円

外来・調剤

※有効期間始期日以降の小慢分を記入のこと

診療日	内訳	総医療費 (10割)	患者負担額※保険診療分のみ (窓口で支払った額)	※県使用欄
22日、25日、30日、 __日、__日、__日、 __日、__日、__日	月全体	45,000 円	13,500 円	円
	うち 小慢分	30,000 円	9,000 円	円

有効期間内の分について記載

うち小慢分を記載。
全額小慢対象の場合
も額を記載。

訪問看護等

利用日数	内訳	総医療費 (10割)	患者負担額※保険診療分のみ (窓口で支払った額)	※県使用欄
総利用日数	月全体	31,500 円	9,450 円	円
うち認定期間内	うち 小慢分	31,500 円	9,450 円	円

【備考欄】 記載例: ●日から保険変更(国保⇒協会けんぽ)

うち小慢分を記載。全額小慢
対象の場合も額を記載。

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公費(52)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

記入者氏名

医療機関にて月遅れ処理などで公費(52)請求をしている場合は、
本証明書ではなく、自己負担上限額管理票へ記載してください。

印

(部署名)