

○この用紙は、医療機関で記入してもらってください。

大阪府小児慢性特定疾病医療費証明書

受給者氏名		受給者番号	
有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
医療費患者負担合計額		百万	十萬
		万	千
		百	十
		円	
健康保険種別 及び負担割合	診療年月	診療実日数	保険診療点数 及び一般単価
社保 国保	年 月分	入院	日間 点
		食事	日 円
		通院	日 点
		薬局	日 点
		円	
		※2 高額療養費額 (円)	
社保 国保	年 月分	入院	日間 点
		食事	日 円
		通院	日 点
		薬局	日 点
		円	
		※2 高額療養費額 (円)	
社保 国保	年 月分	入院	日間 点
		食事	日 円
		通院	日 点
		薬局	日 点
		円	
		※2 高額療養費額 (円)	
※記載事項が多い場合は、裏面に記載してください。			
備考欄			
上記のとおり領収したことを証明する。			年 月 日
医療機関コード			
名 称			
代表者			
所在地			

○ 医療機関の方へ

1. 小児慢性特定疾病医療費の保険点数の証明は、大阪府小児慢性特定疾病医療受給者証に記載されている疾病について、上記の承認期間の範囲内で証明してください。
2. ※2の欄は高額療養費の引き下げを受けている場合のみ、その額を記入してください。

【追記欄】

健康保険種別 及び負担割合	診療年月	診療実日数		保険診療点数 及び一般単価	患者負担額
社保 国保	年 月分	入院	日間	点	円 ※2 高額療養費額 (円)
			食事	日	
		通院	日	点	円
		薬局	日	点	円
社保 国保	年 月分	入院	日間	点	円 ※2 高額療養費額 (円)
			食事	日	
		通院	日	点	円
		薬局	日	点	円
社保 国保	年 月分	入院	日間	点	円 ※2 高額療養費額 (円)
			食事	日	
		通院	日	点	円
		薬局	日	点	円
社保 国保	年 月分	入院	日間	点	円 ※2 高額療養費額 (円)
			食事	日	
		通院	日	点	円
		薬局	日	点	円
社保 国保	年 月分	入院	日間	点	円 ※2 高額療養費額 (円)
			食事	日	
		通院	日	点	円
		薬局	日	点	円
社保 国保	年 月分	入院	日間	点	円 ※2 高額療養費額 (円)
			食事	日	
		通院	日	点	円
		薬局	日	点	円
社保 国保	年 月分	入院	日間	点	円 ※2 高額療養費額 (円)
			食事	日	
		通院	日	点	円
		薬局	日	点	円