

小児慢性特定疾病療養証明書

医療機関・調剤薬局記入

患者氏名		公費負担者番号	5	2	1	1				
病名		受給者番号								X
受給者証の有効期間		年		月	日	～	年	月	日	

診療月	区分	日数及び回数	1か月分の保険総点数	左記のうち有効期間内にかつ対象疾病に係る保険点数	有効期間内食事療養費	窓口での患者負担額	公費負担額 (この欄は記入しないでください。)
年 月	入院	診療	点	点	—	円	
		食事	—	—	円	円	
	入院外	点	点	—	円		
年 月	入院	診療	点	点	—	円	
		食事	—	—	円	円	
	入院外	点	点	—	円		
年 月	入院	診療	点	点	—	円	
		食事	—	—	円	円	
	入院外	点	点	—	円		
年 月	入院	診療	点	点	—	円	
		食事	—	—	円	円	
	入院外	点	点	—	円		
年 月	入院	診療	点	点	—	円	
		食事	—	—	円	円	
	入院外	点	点	—	円		
年 月	入院	診療	点	点	—	円	
		食事	—	—	円	円	
	入院外	点	点	—	円		

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

医療機関等
 名称
 所在地
 代表者名
 電話番号
 担当者名
 医療機関コード（7桁）

- (注1) 上記「有効期間内にかつ対象疾病に係る保険点数」は、受給者証に記載されている有効期間内で対象疾病に係る医療費のみを記入してください。
- (注2) 上記「日数及び回数」の入院の「診療」については、受給者証に記載されている有効期間内で1か月に入院した日数を記入してください。また、「食事」については回数を記入してください。
- (注3) 調剤薬局は「入院外」の欄に記入してください。