

様式第2号（第2条関係）

小児慢性特定疾病医療費証明書					
受給者	受給者番号	：	：	：	氏名
	生年月日	年 月 日			
	保険の種類：	自己負担割合：	割	適用区分：	
※1 医療機関分（明細）（ 年 月分）					
区分	診療実日数	診療日	公費対象点数	患者負担相当額	備考欄
入院医療費	日	日から 日まで	( 点 点)	円 高額療養費現物給付制度適用 (有・無)	
通院医療費	日	日から 日まで	( 点 点)	円	
食事療養費	日	日から 日まで	(基準額) 円	円	
小児慢性特定疾病に係る療養について、上記のとおり領収したことを証明します。 年 月 日 所在地 医療機関 名称 代表者名					
※2 薬局分（明細）（ 年 月分）					
区分	実調剤日数	診療日	公費対象点数	患者負担相当額	備考欄
院外処方による薬局分	日	日から 日まで	( 点 点)	円	
小児慢性特定疾病に係る療養について、上記のとおり領収したことを証明します。 年 月 日 所在地 薬局 名称 代表者名					
※3 訪問看護ステーション分（明細）（ 年 月分）					
区分	実訪問日数	訪問日	基準額	患者負担相当額	備考欄
訪問看護療養費	日	日から 日まで	円	円	
小児慢性特定疾病に係る療養について、上記のとおり領収したことを証明します。 年 月 日 所在地 訪問看護ステーション 名称 代表者名					

注1 1か月ごとに作成してください。

2 ※1欄～※3欄は、それぞれの医療機関等において記載してください。

3 医療機関分および薬局分の公費対象点数欄の（ ）内には、該当月の総点数を記載してください。

4 医療機関分の患者負担相当額欄は、高額療養費現物給付制度適用で限度額を超える場合は、自己負担限度額を記載してください。