

～請求者様へ～

【52】

指定医療機関（病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション）ごとに記入が必要ですので、必要枚数をコピーしてください。

## 小児慢性特定疾病医療費証明書

*医療費決定額 (八尾市記入欄)	百万	十万	万	千	百	十	円
---------------------	----	----	---	---	---	---	---

～ 指定医療機関の方へ ～ 【※ご不明な点は八尾市保健所 保健予防課 母子難病担当（TEL：072-994-6644）へお問い合わせください。】

- 受給者証有効期間内の小児慢性特定疾病医療費のみ、ご記入ください。  
 証明書の内容で不明な点がある場合、記入された方に確認させていただきます。

受診者氏名	〇〇 〇〇		受診疾患名	□□□□□病				
受給者番号	1234567		受給者証有効期間	R2年 1月 29日 ～ R2年 12月 31日				
保険負担割合	診療月	区分	診療実日数	保険診療点数・単位	自己負担額	*八尾市記入欄		
① 国保 3割 国組 小慢自己負担額 5,000円 保険適用区分 ウ	R2年 1月 分	入院	期間	1月 29日 ～ 1月 31日		食費	3,680円 (8食)	*
			小慢診療分	3日	小慢診療分	33,333点	小慢診療分	80,763円
		(総日数)	5日	(総点数)	55,555点	(総額)	132,985円	
		通院 薬局	小慢診療分	日	小慢診療分	点	小慢診療分	円
(総日数)	日	(総点数)	点	(総額)	円			
訪問	小慢診療分	日	小慢診療分	円	小慢診療分	円	*	
(総日数)	日	(総額)	円	(総額)	円			
② 国保 3割 国組 小慢自己負担額 5,000円 保険適用区分 ウ	R2年 2月 分	入院	期間	2月 1日 ～ 2月 1日		食費	円 (食)	*
			小慢診療分	日	小慢診療分	点	小慢診療分	円
		(総日数)	日	(総点数)	点	(総額)	円	
		③ 通院 薬局	小慢診療分	1日	小慢診療分	1,500点	小慢診療分	4,500円
(総日数)	1日	(総点数)	1,500点	(総額)	4,500円			
訪問	小慢診療分	日	小慢診療分	円	小慢診療分	円	*	
(総日数)	日	(総額)	円	(総額)	円			
④ 国保 割 国組 小慢自己負担額 円 保険適用区分 ウ	年 月 分	入院	期間	月 日 ～ 月 日		食費	円 (食)	*
			小慢診療分	日	小慢診療分	点	小慢診療分	円
		(総日数)	日	(総点数)	点	(総額)	円	
		通院 薬局	小慢診療分	日	小慢診療分	点	小慢診療分	円
(総日数)	日	(総点数)	点	(総額)	円			
訪問	小慢診療分	日	小慢診療分	円	小慢診療分	円	*	
(総日数)	日	(総額)	円	(総額)	円			

備考

小児慢性特定疾病医療費について、上記のとおり証明する。

記入日

保険医療機関（薬局）コード ※指定医療機関に限る	1	1	1	1	1	1	1
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---

令和2年 2月 2日

名称 医療法人 △△△会 △△△病院

記入者氏名 ■■■■■

代表者 ●●●●●

所属 ▲▲課

電話番号 00-0000-0000

連絡先（内線）00-0000-0000（0000）