

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		受診疾患名							
受給者番号		受給者証有効期間							
		年 月 日～ 年 月 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			
社保 国保 割 国組 小慢自己負担額 円	年	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)	
保険適用区分	分	訪看	小慢診療分	日	小慢診療分	円 *			
					(総日数)	日)	(総額)	円)	(総額)
社保 国保 割 国組 小慢自己負担額 円	年	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)	
保険適用区分	分	訪看	小慢診療分	日	小慢診療分	円 *			
					(総日数)	日)	(総額)	円)	(総額)
社保 国保 割 国組 小慢自己負担額 円	年	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)	
保険適用区分	分	訪看	小慢診療分	日	小慢診療分	円 *			
					(総日数)	日)	(総額)	円)	(総額)

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

保険医療機関コード ※指定医療機関に限る							
-------------------------	--	--	--	--	--	--	--

年 月 日

名称 記入者氏名

代表者 所属

電話番号 連絡先（内線）