

～請求者様へ～

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。】

- 記入例をご覧ください、太枠内のみご記入ください。
- 受給者証有効期間の内容のみご記入ください。

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 月 分	入院	期間 月 日～ 月 日 小慢診療分 日 (総日数 日)	小慢診療分 点 (総点数 点)	食費 円 (食) 小慢診療分 円 (総額 円)	*
			小慢診療分 日 (総日数 日)	小慢診療分 点 (総点数 点)	小慢診療分 円 (総額 円)	*
		通院 薬局	小慢診療分 日 (総日数 日)	小慢診療分 点 (総点数 点)	小慢診療分 円 (総額 円)	*
			小慢診療分 日 (総日数 日)	小慢診療分 円 (総額 円)	小慢診療分 円 (総額 円)	*
保険適用区分		訪看	小慢診療分 日 (総日数 日)	小慢診療分 円 (総額 円)	小慢診療分 円 (総額 円)	*
社保 国保 割 国組 小慢自己負担額 円	年 月 分	入院	期間 月 日～ 月 日 小慢診療分 日 (総日数 日)	小慢診療分 点 (総点数 点)	食費 円 (食) 小慢診療分 円 (総額 円)	*
			小慢診療分 日 (総日数 日)	小慢診療分 点 (総点数 点)	小慢診療分 円 (総額 円)	*
		通院 薬局	小慢診療分 日 (総日数 日)	小慢診療分 点 (総点数 点)	小慢診療分 円 (総額 円)	*
			小慢診療分 日 (総日数 日)	小慢診療分 円 (総額 円)	小慢診療分 円 (総額 円)	*
保険適用区分		訪看	小慢診療分 日 (総日数 日)	小慢診療分 円 (総額 円)	小慢診療分 円 (総額 円)	*
社保 国保 割 国組 小慢自己負担額 円	年 月 分	入院	期間 月 日～ 月 日 小慢診療分 日 (総日数 日)	小慢診療分 点 (総点数 点)	食費 円 (食) 小慢診療分 円 (総額 円)	*
			小慢診療分 日 (総日数 日)	小慢診療分 点 (総点数 点)	小慢診療分 円 (総額 円)	*
		通院 薬局	小慢診療分 日 (総日数 日)	小慢診療分 点 (総点数 点)	小慢診療分 円 (総額 円)	*
			小慢診療分 日 (総日数 日)	小慢診療分 円 (総額 円)	小慢診療分 円 (総額 円)	*
保険適用区分		訪看	小慢診療分 日 (総日数 日)	小慢診療分 円 (総額 円)	小慢診療分 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 印 所属

電話番号 連絡先（内線）