

○指定医療機関の方へ

助成の対象は、受給者証有効期間内に提供された小児慢性特定疾病医療費のみです。

○小児慢性特定疾病医療費

⇒小児慢性特定疾病の指定医療機関で提供される小児慢性特定疾病医療費に対する保険適用の医療。

- 1 小児慢性特定疾病医療費以外の医療は助成の対象外となります。
- 2 医療機関ごとに記入してください（必要に応じてコピーしてください）。
- 3 訂正が生じた場合は、——（二重取消線）を引き、その上に訂正印または証明印を押してください。
- 4 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。また、証明書に記載不備がある場合、請求者または医療機関へ返送することがあります。

証明書の記載方法に関するお問い合わせ先

八尾市 健康まちづくり部 保健予防課（八尾市保健所） 母子難病担当 072-994-6644（直通）

（別紙様式第10号）

～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	百万	千	百	十	円
(八尾市記入欄)					

～指定医療機関の方へ～

【※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	□□□□□病		
受給者番号	123456		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
社保	R2年1月	3割	入院	期間 1月 29日 ~ 1月 31日	費用 3,680円 (8 点)	*
国保			小児診療分 3 日	小児診療分 33,333 点	小児診療分 80,763 円	*
国組			(総日数 5 日)	(総点数 55,555 点)	(総額 132,985 円)	*
小児自己負担額			5,000 円			
保険適用区分	ワ					
社保	R2年2月	3割	入院	期間 2月 1日 ~ 2月 1日	費用 円 (点)	*
国保			小児診療分 日	小児診療分 点	小児診療分 円	*
国組			(総日数 日)	(総点数 点)	(総額 円)	*
小児自己負担額			5,000 円			
保険適用区分	ワ					
社保	年	割	入院	期間 月 日 ~ 月 日	費用 円 (点)	*
国保			小児診療分 日	小児診療分 点	小児診療分 円	*
国組			(総日数 日)	(総点数 点)	(総額 円)	*
小児自己負担額			円			
保険適用区分	分					

○ 加入保険の種別・負担割合・小慢自己負担額・保険適用区分を必ず記入してください。

○ 入院期間
受給者証有効期間内の日付を記入してください。

○ 食費（食事療養費）
何食分かを記入し、その費用を記入してください。

○ 他公費や高額療養費を適用した場合
自己負担額欄に適用後の自己負担額を記入し、備考欄に適用した公費名を記入してください。
その他、特別に記載が必要な場合は備考欄にご記入ください。

○ 保険診療点数、自己負担額
受給者証有効期間内の内容を記入してください。（有効期間開始日が月途中の場合や、小児慢性特定疾病以外の医療がある場合、その月の総点数、総額をカッコ内に記載してください。）

○ 証明印
原則、代表者印を押印してください（薬局の場合、管理薬剤師の氏名及び印でも可）。

○ 審査において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ので、所属・氏名を必ず記入してください。

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	1	1	1	1	1	1	令和2年 2月 2日
※指定医療機関に限る							
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）		