

○この用紙は、指定医療機関ごとに必要です。

堺市小児慢性特定疾病医療費証明書

- 指定医療機関の方へ
- ※1の欄は記載しないでください。
  - 小児慢性特定疾病医療費の保険点数の証明は、小児慢性特定疾病医療受給者証に記載されている疾病について受給者証の有効期間の範囲内で入院、通院に分けて証明してください。(なお、有効期間開始日が月途中の場合の入院や、小児慢性特定疾病以外の医療がある場合は、小児慢性特定疾病に係るものについて、※2に1か月の総点数を※3に1か月の患者総負担額をご記入ください。)
  - 証明印は、必ず代表者印を押印してください。
  - 診療支払い時点で他の医療費助成をお持ちの場合は備考欄に記入し、助成後の患者負担額をご記入ください。
  - 証明書の内容で不明な点につきましては、記入者様に確認させていただきます。

(医療機関記載欄)

受診者氏名		受給者番号					
有効期間		年 月 日 から			年 月 日まで		
※1 医療費決定額		百万	十万	万	千	百	十 円
健康保険 種別 負担割合	診療年月 (総点数) (患者総負担額)	診療実日数		保険診療点数 及び一食単価		患者負担額	
社保 割割 国保 割割	年 月分  (※2 点) (※3 円)	入院	日間		点	医	円
			食事	食	円	食	円
		通院	日		点		円
			薬局		日	点	
社保 割割 国保 割割	年 月分  (※2 点) (※3 円)	入院	日間		点	医	円
			食事	食	円	食	円
		通院	日		点		円
			薬局		日	点	
社保 割割 国保 割割	年 月分  (※2 点) (※3 円)	入院	日間		点	医	円
			食事	食	円	食	円
		通院	日		点		円
			薬局		日	点	
備考欄							
上記のとおり領収したことを証明する。							
年 月 日							
保険医療機関(薬局)コード						記入者( )	
名称							
代表者							
所在地							

注意 証明者が自署しない場合又は法人である場合は、記名押印をしてください。