

小児慢性特定疾病医療費領収済証明書

(病院、診療所、訪問看護ステーション用)

この証明書は有効期間内の医療で、受給者証の交付を受ける前に支払った医療費について証明するものです。

受給者番号	受給者氏名	保護者氏名

※月ごとに記入し、外来と入院と訪問看護は別の行に記入してください。

受療期間	外来・入院・ 訪問看護の別	総医療費 (点数×10円)	患者一部 負担金	入院時 食事療養費	備考
年 月 日～ 日	外・入・訪	日 円	円	回 円	
年 月 日～ 日	外・入・訪	日 円	円	回 円	
年 月 日～ 日	外・入・訪	日 円	円	回 円	
年 月 日～ 日	外・入・訪	日 円	円	回 円	
年 月 日～ 日	外・入・訪	日 円	円	回 円	
年 月 日～ 日	外・入・訪	日 円	円	回 円	
計		円	円	円	

上記のとおり、小児慢性特定疾病として認定されている疾病の治療のため、受給者（保護者）より領収済であり、公費併用レセプトによる国保連合会及び社会保険支払基金への請求をしていないことを証明します。

年 月 日

医療機関所在地
名称
医療機関の長名

医療機関コード
()
(TEL)
(記入者)