

小児慢性特定疾病医療費領収済証明書

(調剤薬局用)

小児慢性特定疾病に要する処方箋発行証明書 (病院・医院記入欄)

| | | | |
|-------|-------|-------|-------|
| 発行年月日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |

小児慢性特定疾病として認定されている疾患の治療のため、上記のとおり院外処方箋を発行したことを証明します。

年 月 日 医療機関コード
病院・医院所在地 ()
名称 (Tel)
病院・医院の長名 (記入者)

1. 薬剤費の領収済証明

| 受療期間 | 総医療費 (点数×10円) | 患者一部負担金 | 備考 |
|----------|------------------|---------|----|
| 年 月 日～ 日 | 円 | 円 | |
| 年 月 日～ 日 | 円 | 円 | |
| 年 月 日～ 日 | 円 | 円 | |
| 年 月 日～ 日 | 円 | 円 | |
| 年 月 日～ 日 | 円 | 円 | |
| 年 月 日～ 日 | 円 | 円 | |
| 計 | 円 | 円 | |

2. 在宅療養管理指導料に係る一部負担金の領収済証明

| 受療期間 | 総医療費 (点数×10円) | 患者一部負担金 | 備考 |
|--------------|---------------|---------|----|
| 年 月 日～ 年 月 日 | 日 円 | 円 | |
| 年 月 日～ 年 月 日 | 日 円 | 円 | |
| 年 月 日～ 年 月 日 | 日 円 | 円 | |
| 年 月 日～ 年 月 日 | 日 円 | 円 | |
| 年 月 日～ 年 月 日 | 日 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患の治療のため、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 保険薬局コード
保険薬局所在地 ()
名称 (Tel)
保険薬局の長名 (記入者)