

小児慢性特定疾病医療費証明書

受給者番号				受給者氏名			
公費負担者番号				疾病名			
月額自己負担 上限額				円		生年月日	
保険種別 協会・組合・船員・共済・国保（組合・一般・退職）						保険 負担割合	8割・7割
診療年月日 (または期間)	日 数 (回数)	区 分	総医療費 (本事業の対象と なる医療費) A	保険者負担 (Aの額に対する 保険者負担額) B	領収済額 C	公費負担額 A - B - C D	
	日	診 療					
	回	食 事 療 養 費					
	日	保 険 調 剤					
	日	訪 問 看 護					
	日	診 療					
	回	食 事 療 養 費					
	日	保 険 調 剤					
	日	訪 問 看 護					
	日	診 療					
	回	食 事 療 養 費					
	日	保 険 調 剤					
	日	訪 問 看 護					
合 計 (D の 合 計)							円
院外処方の場合 処方箋発行医療機関名 ()							

上記のとおり領収しました。

年 月 日

(医療機関等) 名称

所在地

代表者氏名