

福島県小児慢性特定疾病療養費証明書

受給者番号		受診者氏名				
疾 病 名		自己負担上限月額	円			
受給者証の有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					
申請診療月	保 険 対 象 分			食事療養費患者負担額 (d)	多数回該当	受診者負担額に対する医療機関での領収額 (e) e=c+d
	上記有効期間内の対象疾病に係る保険診療総額 (a)	医療保険等負担額 (b) b=a-c	受診者負担額 (c)			
月	入院 日	円	円	円	有・無	円
	通院 日	円	円	円		円
	訪看 日	円	円	円		円
	薬剤 日	円	円	円		円
月	入院 日	円	円	円	有・無	円
	通院 日	円	円	円		円
	訪看 日	円	円	円		円
	薬剤 日	円	円	円		円
月	入院 日	円	円	円	有・無	円
	通院 日	円	円	円		円
	訪看 日	円	円	円		円
	薬剤 日	円	円	円		円
合計						

上記のとおり証明する。

令和 年 月 日

医療機関名

所在地

代表者氏名

※「多数回該当」とは、同一医療機関における過去12ヶ月の小児慢性特定疾患対象療養費（入院に限る）に係る高額療養費の支給月額が3月以上ある場合に、4月目から所得区分ごとの軽減された自己負担額（入院に限る）を適用するものです。

※(e)欄は、自己負担上限月額以上領収した場合でも、自己負担上限月額分を差し引かず実際に領収した全額を記載してください。

福島県小児慢性特定疾病療養費証明書

記入例

受給者番号	0123456		受診者氏名	福島 花子			
疾病名	I型糖尿病		自己負担上限月額	10,000 円			
受給者証の有効期間	令和〇〇年〇〇月〇〇日			～	令和〇〇年〇〇月〇〇日		
申請診療月	保険対象分			食事療養費受診者負担額 (d)	多数回該当	受診者負担額に対する医療機関での領収額 (e) e=c+d	
	上記有効期間内の対象疾病に係る保険診療総額 (a)	医療保険等負担額 (b) b=a-c	受診者負担額 (c)				
4月	入院 5日	100,000 円	80,000 円	20,000 円	0 円	有	20,000 円
	通院 1日	2,000 円	1,600 円	400 円	/	無	400 円
	訪看 日	円	円	円		無	円
	薬剤 日	円	円	円		無	円
月	入院 日	円	円	円	/	有	円
	通院 日	円	円	円		無	円
	訪看 日	円	円	円		無	円
	薬剤 日	円	円	円	無	円	
月	入院 日	円	円	円	/	有	円
	通院 日	円	円	円		無	円
	訪看 日	円	円	円		無	円
	薬剤 日	円	円	円	無	円	
合計							20,400 円

上記のとおり証明する。

令和◆◆年◆◆月◆◆日

医療機関名 △△△△病院

所在地 福島市杉妻町2番16号

代表者氏名 福島 二郎

※「多数回該当」とは、同一医療機関における過去12ヶ月の小児慢性特定疾患対象療養費（入院に限る）に係る高額療養費の支給月額が3月以上ある場合に、4月目から所得区分ごとの軽減された自己負担額（入院に限る）を適用するものです。

※(e)欄は、自己負担上限月額以上領収した場合でも、自己負担上限月額分を差し引かず実際に領収した全額を記載してください。