

## 小児慢性特定疾病医療費証明書

受診者 氏名			受給者 番号						
受療月	年 月 診療分 ※以下、診療月ごとに証明してください。								
	受診日 (期間・回数等)	総医療費	窓口支払額	高額療養費の 適用					
入院	日～日 (日間)	円	円	有・無					
食事療養	日～日 (食分)	円	円						
通院	(日間)	円	円	有・無					
保険調剤*1	(日間)	円	円	有・無					
訪問看護*2	(日間)	円	円	有・無					
合計		円	円						
○該当する場合記入してください。									
*1 院外処方による薬局の場合は、処方箋発行医療機関名 ( )									
*2 訪問看護等の場合は、指示書の発行医療機関名 ( )									
上記のとおり、小児慢性特定疾病医療費を領収済であることを証明します。									
年 月 日									
(医療機関等)									
所在地									
名称									
代表者									
山形県知事 殿 印									

## 【医療機関等へのお願い】

この請求書の証明欄は、小児慢性特定疾病の治療を受けた受診者が医療機関の窓口で支払った医療費を、医療機関に証明していただくためをお願いするものです。

したがって、小児慢性特定疾病及び当該疾病に付随して発現する傷病以外の治療、小児慢性特定疾病医療費医療受給者証の有効期間以外における治療等については対象外となります。

注：通院、保険調剤、訪問看護の受診日の欄には、受診のあった暦日を全て記入し、括弧内にその日数を記入してください。