

診療報酬等領収証明書



詳しくは広島県HPへ

小児慢性特定疾病医療費 償還払 申請用

受給者氏名		受給者番号			
生年月日		年 月 日		有効期間開始日	
保険種別		☐ 被用者保険 ☐ 市町国保 ☐ 国保組合		自己負担割合	
				☐ 3 割 ☐ 2 割 ☐ 1 割	
診療年月	診療区分 (入院・通院は別行)	保険診療点数		患者負担額	
		総点数 (小児慢性以外も含む医療費点数) うち小慢 (小児慢性の医療費の点数)		総負担額 (全医療費の窓口支払額) 小慢負担額 (小児慢性の窓口支払額)	
年 月分	☐ 入院 ☐ 通院	総点数	点	総負担額	円
日～ 日	☐ 調剤 ☐ 訪看	うち小慢	点	小慢負担額	円
	☐ その他				
年 月分	☐ 入院 ☐ 通院	総点数	点	総負担額	円
日～ 日	☐ 調剤 ☐ 訪看	うち小慢	点	小慢負担額	円
	☐ その他				
年 月分	☐ 入院 ☐ 通院	総点数	点	総負担額	円
日～ 日	☐ 調剤 ☐ 訪看	うち小慢	点	小慢負担額	円
	☐ その他				
年 月分	☐ 入院 ☐ 通院	総点数	点	総負担額	円
日～ 日	☐ 調剤 ☐ 訪看	うち小慢	点	小慢負担額	円
	☐ その他				
該当した場合は記入 (小児慢性特定疾病に係る入院時食事療養費がある場合)					
年 月分	小慢の認定期間中の食事回数	回		患者負担額	円
日～ 日					円
年 月分	小慢の認定期間中の食事回数	回		患者負担額	円
日～ 日					円
該当した場合は記入 (窓口支払時に小児慢性特定疾病以外の制度の限度額を適用した場合)					
適用された制度				限度額	適用した月
☐ 高額療養費 適用区分 () ☐ ひとり親家庭等				円	月
☐ こども医療 ☐ 心身障害 (80) ☐ その他 ()					
【備考欄】					
上記のとおり証明します。					
年 月 日		医療機関コード			
所在地		記入担当者：			
医療機関名		TEL：			
代表者名		-			

【記入時の注意事項】

- この証明書は、小児慢性の償還払い手続きに必要です。患者から依頼された場合は、医療機関・薬局ごとに作成して下さい。(領収書での代用はできません。) 発行手数料は、医療機関・薬局の判断になります。
- 受給者証の自己負担上限額管理票に記載していない分を記入してください。
- 本書に記入する場合は、受給者証の自己負担上限額管理票に記入しないでください。
- 自己負担上限月額に達しない場合でも証明してください。(他の指定医療機関分との合算などに必要です。)

裏面の記入例もご確認ください

記入例

受給者氏名	◇ ◇ ◇ ◇	受給者番号	受給者証を確認して記入	
生年月日	平成 ◇ 年 ◇ 月 ◇◇ 日	有効期間開始日	令和 ▽ 年 △ 月 △△ 日	
保険種別	■被用者保険 □市町国保 □国保組合	自己負担割合	■ 3 割 □ 2 割 □ 1 割	
同月、同一区分の診療は まとめて記入可		保険診療点数	患者負担額	公費対象額 (広島県が記入)
		総点数 (小児慢性以外も含む医療費点数) うち小慢 (小児慢性の医療費の点数)	総負担額 (全医療費の窓口支払額) 小慢負担額 (小児慢性の窓口支払額)	
R ◇ 年 6 月分 4 日 ~ 10 日	□入院 ■通院 □調剤 □訪問 □その他	総点数 ○○ ○○○ 点 うち小慢 ○、○○○ 点	総負担額 ○、○○○ 円 小慢負担額 ○、○○○ 円	円
R ◇ 年 6 月分 11 日 ~ 24 日	- 診療総額、小慢総額ともに 10 割の金額を記入 - 小慢総額は、有効期間内の 小慢医療費のみを記載	総点数 ○○ 点	総負担額	
年 月分 日 ~ 日		小慢負担額		
年 月分 日 ~ 日		総負担額		
年 月分 日 ~ 日	□入院 □通院 □調剤 □訪問 □その他	総点数 点 うち小慢 点	総負担額 円 小慢負担額 円	円
該当した場合は記入 (小児慢性特定疾病に係る入院時食事療養費がある場合)				
R ◇ 年 6 月分 11 日 ~ 24 日	小慢の認定期間中の食事回数	4 0 回	患者負担額 ○、○○○ 円	円
年 月分 日 ~ 日	小慢の認定期間中の食事回数	回	患者負担額 円	円
該当した場合は記入 (窓口支払時に小児慢性特定疾病以外の制度の限度額を適用した場合)				
適用された制度			限度額	適用した月
■高額療養費 適用区分 (エ) □ひとり親家庭等 □こども医療 □心身障害 (80) □その他 ()			5 7 , 6 0 0 円	6 月
【備考欄】		・適用区分は、窓口支払時に限度額認定証等で確認したものを記入 ・こども医療や重度心身障害児医療等で、既に清算済の場合は、 償還払いの対象外です。		
上記のとおり証明します。				
年 月 日		医療機関コード ○○, ○○○○, ○		
所在地 広島県○○市○○町 1-1		記入担当者: ◇◇◇課 ◇◇		
医療機関名 ◇◇病院		TEL: ○○○○-○○-○○○○		
代表者名 ◇◇ ○○		押印は不要		

【記入時の注意事項】

- この証明書は、小児慢性の償還払い手続きに必要です。
患者から依頼された場合は、医療機関・薬局ごとに作成して下さい。(領収書での代用はできません。)
発行手数料は、医療機関・薬局の判断になります。
- 受給者証の自己負担上限額管理票に記載していない分を記入してください。
本書に記入する場合は、受給者証の自己負担上限額管理票に記入しないでください。
- 自己負担上限月額に達しない場合でも証明してください。(他の指定医療機関分との合算などに必要です。)