

○指定医療機関の方へ

- 1 小児慢性特定疾病医療費の保険診療点数等の証明は、**受給者証の有効期間内かつ小児慢性特定疾病医療受給者証に記載されている疾病に対するもののみ**証明してください。
- 2 食事療養費標準負担額は**小児慢性特定疾病受給者証を提示した場合による標準負担額**を記入してください。
- 3 証明書の内容で不明な点につきましては、記入者様に確認させていただきます。

受診者氏名			受 給 者 番 号			
受給者証 有効期間	年 月 日から 年 月 日まで					
自己負担割合	診 療 年 月	診 療 実 日 数		保険診療点数又は 食事療養費標準負担額 又は 訪問看護費用総額	患 者 負 担 額	
2 割 3 割	年 月 分	入院	日	点	円	
			食事	食	300 円× 食 = 円	円
					240 円× 食 = 円	
					190 円× 食 = 円	
		食事療養基準額 (円)				
		通院	日	点	円	
調剤	日	点	円			
訪看	日	総額	円	円		
2 割 3 割	年 月 分	入院	日	点	円	
			食事	食	300 円× 食 = 円	円
					240 円× 食 = 円	
					190 円× 食 = 円	
		食事療養基準額 (円)				
		通院	日	点	円	
調剤	日	点	円			
訪看	日	総額	円	円		
上記のとおり証明します。 年 月 日 名 称 代表者 所在地 電話番号 記入者 ()						