

指定医療機関が記入

診療報酬等領収証明書

小児慢性特定疾病償還払 申請用

受給者氏名					受給者番号						
生年月日	令和・平成	年	月	日	受給者証有効期間	令和	年	月	日から		
自己負担割合	<input type="checkbox"/> 1割	<input type="checkbox"/> 2割	<input type="checkbox"/> 3割			令和	年	月	日まで		

診療年月	区分	日数 食事回数	小慢にかかる 保険診療総額	小慢に係る 患者自己負担額	公費対象額 (倉敷市記入欄)
令和 年 月分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> その他	日 ..... 回	円	円	
令和 年 月分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> その他	日 ..... 回	円	円	
令和 年 月分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> その他	日 ..... 回	円	円	
令和 年 月分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> その他	日 ..... 回	円	円	
令和 年 月分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> その他	日 ..... 回	円	円	

窓口支払時に適用した医療費助成等がある場合は記入してください。

適用した制度	適用した月
<input type="checkbox"/> 高額療養費 適用区分 ( ) <input type="checkbox"/> 心身障害 (80) <input type="checkbox"/> 自立支援医療 (15、16、21) <input type="checkbox"/> こども医療 (85) <input type="checkbox"/> その他 ( )	

【備考欄】

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日  
 (指定小児慢性特定疾病医療機関) 所在地  
 名称  
 代表者名

【記入時の注意事項】

- ・小児慢性特定疾病の認定期間内における、認定された疾病にかかる医療費等について記入してください。
- ・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、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。(他の指定医療機関等と合算するために必要です。)

倉敷市決定欄
円

裏面の記入例もご確認ください。