様式第１２号

【注】１小児慢性特定疾病に係る療養費についてのみ記載してください（認定期間内に限る。）。

　　　２自己負担上限額管理票に記載している分も含めて対象月の療養費を記載してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 |  | 受給者氏名 |  |
| 公費負担者番号 |  | 疾　病　名 |  |
| 月額自己負担上限額 | 　　　　　　円　　　　　　　　　　　　　　 | 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成　　　　年　　　月　　　日 |
| 保険種別 | 本人・家族 | 協会・健組・船保・共済・国保・国組・国退・後期高齢・介護・その他（　　　　） | 保険負担割合 | ７割・８割・９割その他（　　　割） |
| **診療年月日****(または期間)** | **日数****(または食事数)** | **区分** | **総医療費****（公費対象に限る）****【A】** | **保険等負担額****（高額療養費等を含む）**【B】 | **自己負担額****【A－Ｂ】** |
|  | 　　 　日 | 外来 | 　　　　　　　　　円　　　　　　　　　 | 　　　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　　円　　　　　　　　　 |
| 　　　　日 | 入院 | 　　　　　　　　　　　　　　円 | 高額療養費制度適用　（　あり・なし　）　　　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 　　　　食 | 食事療養費 | 　　　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　　　円 |
| 　　　　日 | 保険調剤 | 　　　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　　　円 |
| 　　　　日 | 訪問看護 | 　　　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　　　円 |
|  | 　　 　日 | 外来 | 　　　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　　円　　　　　　　　　 |
| 　　　　日 | 入院 | 　　　　　　　　　　円 | 高額療養費制度適用　（　あり・なし　）　　　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 　　　　食 | 食事療養費 | 　　　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　　　円 |
| 　　　　日 | 保険調剤 | 　　　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　　　円 |
| 　　　　日 | 訪問看護 | 　　　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　　　円 |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。　　年　　月　　日　　　　　電話番号所在地医療機関等の名称代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　 　　印 |

**小児慢性特定疾病医療費証明書**