



診療報酬等領収証明書

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 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 ☐ 1割 ☐ 2割 ☐ 3割				
診療年月	診療区分	診療日数		保険診療点数		高額療養費	患者負担額	公費対象額
	入院と通院は、別行で記載	総日数 診療月の総診療日数	総額 診療月の総点数	適用区分 (みなし)	他の医療費助成をお持ちの場合は、助成後の患者負担額 (種別は備考へ)		広島県が記入	
年 月 分	☐ 入院 ☐ 通院 ☐ 調剤 ☐ 訪看	うち小慢 うち小慢に係る日数	うち小慢 うち小慢に係る点数			円		
年 月 分	☐ 入院 ☐ 通院 ☐ 調剤 ☐ 訪看	うち小慢 うち小慢に係る日数	うち小慢 うち小慢に係る点数			円		
年 月 分	☐ 入院 ☐ 通院 ☐ 調剤 ☐ 訪看	うち小慢 うち小慢に係る日数	うち小慢 うち小慢に係る点数			円		
年 月 分	☐ 入院 ☐ 通院 ☐ 調剤 ☐ 訪看	うち小慢 うち小慢に係る日数	うち小慢 うち小慢に係る点数			円		
該当した場合は記入 (小児慢性特定疾病にかかる入院時食事療養費がある場合)								
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			
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			
【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								
医療機関名								
代表者								
記入担当者:								
TEL: - -								

【記入時の注意事項】

- この証明書は、小児慢性の償還払いの手続きに必要です。患者から依頼された場合は、医療機関・薬局等ごとに作成してください。(領収書での代用はできません。) 発行手数料は、医療機関・薬局等の判断となります。
- 証明書には、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。
- 診療支払い時点で、他の医療費助成をお持ちの場合は、備考欄に種別と適用月を記入し、助成後の患者負担額を記入してください。(例：重度心身障害、こども医療、ひとり親家庭 など)
- 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等に必要です。)

必ず、裏面もご確認ください

対象となる医療費

(1) 医療受給者証に記載された小児慢性特定疾病にかかる医療

(2) 受給者証の有効期間内に、小児慢性の指定医療機関が実施した、健康保険が適用されるもの

【医療の範囲】

- ① 医療機関での診療
- ② 調剤薬局での調剤
- ③ 訪問看護

【対象外のもの】

- ・ 保険適用外の医療費やサービス（治療用装具、差額ベッド料、文書料、交通費など）
- ・ ジェネリック医薬品ではなく、先発医薬品を希望される場合の「特別の料金」 など
- ・ 高額療養費制度で払戻を受けることができる医療費
高額療養費の上限を超える額は、加入している医療保険者（市町国保、被用者保険等）へ請求してください

記入上の留意点

- (1) 診療年月 同月、同一区分の診療等は、まとめて記入可。
- (2) うち小慢 診療日数や保険診療点数のうち、「認定された小慢以外」や「有効期間外」の診療等を除いて記入して下さい。
- (3) 高額療養費 「オンライン資格確認」や「限度額適用認定証」で確認した高額療養費を適用した場合、所得の適用区分を記入し、みなし区分の場合は（ ）内に適用区分を記入して下さい。
《例》適用区分：Ⅳ。 みなし区分：（ウ）など
- (4) 患者負担額 「高額療養費」や「他の医療費助成」を使用した場合は、助成後の負担額を記入して下さい。
《例》400 円：重度心身障害者医療を同月に 2 回使用。
- (5) 備考欄 次の事項に該当する場合は、備考欄に必要事項を記入して下さい。
- ・ 高額療養費で多数該当や世帯合算がある場合（種別と適用月）
 - ・ 医療費助成がある場合（種別と適用月）
 - ・ 医療保険の自己負担割合が変更になった場合（割合と適用月）