

診療報酬等領収証明書

小児慢性特定疾病（小慢）医療費等償還払 申請用

受診者氏名				受給者番号											
自己負担割合		<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割		有効期間開始日		年		月		日					
診療年月	診療区分	診療実日数	保険診療点数		患者負担額		公費対象額								
年 月分	入院と通院は別行で記載 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> その他	診療月の総日数 日	総額	診療月の総点数	点	窓口で支払った額		岡山県が記入							
	<input type="checkbox"/> 食事療養費	うち受給者証の有効期間内で、小慢の診療等を行った日数 日	うち小慢	うち受給者証の有効期間内で、小慢にかかる点数	点	保険診療点数の総額×自己負担割合 又は高額療養費限度額		円							
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"/> その他	受給者証の有効期間内の食事回数 回	—	—	—	円		円							
	<input type="checkbox"/> 食事療養費	—	—	—	—	円		円							
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"/> その他	—	—	—	—	円		円							
	<input type="checkbox"/> 食事療養費	—	—	—	—	円		円							
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"/> その他	—	—	—	—	円		円							
	<input type="checkbox"/> 食事療養費	—	—	—	—	円		円							
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"/> その他	—	—	—	—	円		円							
	<input type="checkbox"/> 食事療養費	—	—	—	—	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"/> その他 <input type="checkbox"/> こども医療(85) <input type="checkbox"/> 自立支援医療 (15,16,21) ( )															
【備考欄】															
上記のとおり証明します。															
令和 年 月 日				医療機関コード _____											
所在地				記入担当者：											
医療機関の名称				TEL： ( ) -											
代表者															

【記入時の注意事項】

- ・小児慢性特定疾病の認定期間内の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。
- ・受給者証の自己負担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合算するためなどに必要です。)

裏面の記入例もご確認ください。

記入例

※証明書は医療機関ごとに作成してください。領収書での代用はできません。

受給者証で確認して記入

受診者氏名	岡山 一郎		受給者番号	0	1	2	3	4	5	6
自己負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input checked="" type="checkbox"/> 3割		有効期間開始日	令和5年		8月		25日		
診療年月	診療区分	診療実日数	保険診療点数		患者負担額		公費対象額			
年 月分	入院と通院は別行で記載 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> その他		点	期間 数	窓口で支払った額		岡山県が記入			
同月、同一区分の診療はまとめて記入可		・入院中に有効開始のため、下段はR5.8.25からの7日分を記入 ・食事療養費は有効開始以降の回数を記入		①有効期間外の診療等または ②小慢以外の診療等がある場合、下段はその点数を除いて記入						
R5年 8月分	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> その他	11日	総額	20,000	点	0		円		
	<input checked="" type="checkbox"/> 食事療養費	21回	うち小慢	15,000	点	9,660		円		
R5年 9月分	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> その他	9日	総額	25,000	点	0		円		
	<input checked="" type="checkbox"/> 食事療養費	25回	うち小慢	3,000	点	11,500		円		
R5年 9月分	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> その他	2日	総額		点	0		円		
	<input type="checkbox"/> 食事療養費		うち小慢		点			円		
受給者証の有効期間:R5.8.25~ 入院:R5.8.21~9.9の20日間、 通院:R5.9.15、9.22の2日間、 限度額認定証の提示があった場合		その月が小慢にかかる診療(調剤)のみの場合は、診療総点数は空欄も可								
適用した制度							適用した月			
<input checked="" type="checkbox"/> 高額療養費 適用区分 ( ウ ) <input type="checkbox"/> 心身障害 (80) <input type="checkbox"/> その他 <input checked="" type="checkbox"/> こども医療(85) <input type="checkbox"/> 自立支援医療 (15,16,21) ( )							R5.8月~9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								
上記のとおり証明します。										
令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日			医療機関コード ○○,○○○○,○							
所在地 ○市○町1丁目1-1			記入担当者名:○○							
医療機関の名称 ○○病院			TEL: ( 086 ) ○○○ -○○○○							
代表者 ○○ ○○			押印は不要							