

様式第14号

小児慢性特定疾病医療費療養証明書

受診者氏名			生年月日	明・昭 大・平	年	月	日
加入保険	協・組・共・国・後	受給者番号					
保険者名	全国健康保険協会〇〇支部、 国保であれば市町村名など		記号番号				領収時の保険負 担割合を○囲み
年月分	保険診療等総額 A (円)	保険等負担額 (高額療養費等を含む) B (円)	自己負担額 A - B (円)	入院 ・ 通院	保険負担割合		
	点数×10 ※小児慢性特定疾病と 小児慢性特定疾病以外 が混在している場合は 小児慢性特定疾病にか かる分の点数×10	点数×保険負担割合 (一の位は四捨五入) ※高額療養費適用の場 合は保険診療等総額(A) - 自己負担額 (高額療養 費自己負担限度額)			9割		
					8割		
					割		
					他割)		
合計					割		
上記のとおり相違ないことを証明します。							
令和	年	月	日	TEL			
				所在地			
				医療機関等の名称			
				代表者名			

(記載要領)

- 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 (認定期間内の療養に限る。)
- 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。
- 3 入院の場合、食費については医療費と分けて、月ごとに別行に記載してください。