○この用紙は、指定医療機関(病院・診療所・薬局・訪問看護ステーション)ごとに記入してもらってください。

## 東大阪市小児慢性特定疾病医療費証明書

受給者氏名					受給者番号					
生年月日			年	月 日	自己負担上限額				円	
受給者証有効期間			年	月	日から		年 月 日	まで		
	患者から復	数収した医療費合計額 +カ			万 千	Ī	有 十	円		
診療年月		診療実日数			保険診療点数 及び一般単価		患者負担額			
		7.10分		日間		点	ツ 0 言族店業事権	円		
		入院	食事	目		円	※2高額療養費額	円)		
	年 月分	通院		日		点			円	
		訪問 看護		B		点			円	
		薬局		日		点			円	
		入院		日間		点 	※2高額療養費額	円		
			食事	目		円	(	円)		
	年 月分	通院				点			円	
		訪問 看護		日 ————————————————————————————————————		点			円	
		薬局		日		点			円	
		入院		日間		点 	※2高額療養費額	円		
			食事	日		円	(	円)		
	年 月分	通院 訪問		日 ————————————————————————————————————		点			円	
		看護				点			円 <u>円</u>	
		薬局		日 ————————————————————————————————————		点			<u> </u>	
※記載事	耳項が多い場	合は、裏	逐面に記載	載してくだ	さい。					
上記のと	おり領収し	たことを	:証明する	Ó.			年	月	日	
		医療機	関コート	3						
名 称										
代表者										
所在地 電話番号										
			电叩笛万							

## ○ 医療機関の方へ

- 1. 小児慢性特定疾病医療費の保険点数の証明は、東大阪市小児慢性特定疾病医療受給者証に記載されている疾病について、上記の承認期間の範囲内で入院、通院に分けて証明してください。
- 2. ※2の欄は高額療養費の引き下げを受けている場合のみ、その額を記入してください。

診療年月		診療実日数	保険診療点数 及び一般単価	患者負担額	患者負担額	
	7 774	日間	点		Э	
	入院	食事日	円	※2高額療養費額 ( 円	)	
年 月分	通院	日	点		円	
	訪問 看護					
	薬局	Ħ	点		円	
	入院	日間	点		円	
	八阮	食事 日	円	※2高額療養費額 ( 円	)	
年 月分	通院	日	点		円	
	訪問 看護					
	薬局	日	点		円	
	1 D+	日間	点		円	
	入院	食事 日	円	※2高額療養費額 ( 円	)	
年 月分	通院	Ħ	点		円	
	訪問 看護					
	薬局	Ħ	点		円	
	7 72	日間	点		円	
	入院	食事 日	円	※2高額療養費額 ( 円	)	
年 月分	通院	Ħ	点		円	
	訪問 看護					
	薬局	日	点		円	
	7 D+	日間	点		円	
	入院	食事 日	円	※2高額療養費額 ( F	円)	
年 月分	通院	日	点		円	
	訪問 看護					
	薬局	日	点		円	
	→ m-L	日間	点		Э	
	入院	食事 日	円	※2高額療養費額 ( F	円)	
年 月分	通院	日	点		円	
	訪問 看護					
	薬局	Ħ	点		円	