

小児慢性特定疾病医療費証明書

受給者番号				受給者氏名			
診療年月	区分	診療日数	診療・介護報酬、調剤点数/金額 (A)	入院時食事療養費標準負担額 (B)	自己負担割合 (C)	小児慢性特定疾病に係る受給者からの領収額 (D)	
年 月	入院 外来 調剤 介護	月 日～ 月 日	点 円	(円/食 × 円食)	2割 3割	円	
年 月	入院 外来 調剤 介護	月 日～ 月 日	点 円	(円/食 × 円食)	2割 3割	円	
年 月	入院 外来 調剤 介護	月 日～ 月 日	点 円	(円/食 × 円食)	2割 3割	円	
年 月	入院 外来 調剤 介護	月 日～ 月 日	点 円	(円/食 × 円食)	2割 3割	円	
上記のとおり証明します。							
年 月 日							
〒 所在地 名 称 代表者							
印							
備 考							

指定医療機関の方へ～小児慢性特定疾病医療費証明書の記載について～

○小児慢性特定疾病受給者証を確認し、有効期間内に提供された小児慢性特定疾病医療費について記載してください。

○対象となる医療費は、指定医療機関で提供され小児慢性特定疾病医療費（認定された小児慢性特定疾病に関する保険診療・調剤及び入院時の食事療養費）のみです。小児慢性特定疾病に関わりのない治療や保険適用外の費用（差額ベッド代、文書料など）は対象となりませんので記載しないでください。

○既に、公費併用レセプトにより請求済みのものは証明の必要はありません。

○訂正が生じた場合は、二重線を引き、その上に証明印と同じ印を押印してください。

○記載内容に不明な点があった場合は、問い合わせをさせていただきます。

○入院途中から認定された場合は、認定前と認定後の費用を分けて考え、認定後の費用のみ記載してください。

① 認定後の対象疾病に係る保険診療総額を算出して（A）欄へ記入

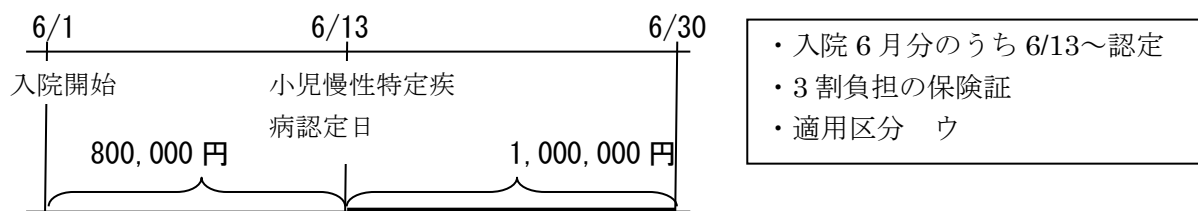
② 認定後の食事療養負担額がある場合は（B）欄へ記入

③ 自己負担割合を（C）欄へ記入

④ 小児慢性特定疾病に係る受給者からの領収額を（D）欄へ記入（（A）欄に対する金額。その方に応じた負担割合で算出。（A）欄×3割か（A）欄×2割）

この時、上記で求めた金額が（A）欄の額に対する高額療養費算定基準額以内の場合は上記で求めた金額を（D）欄へ記載する。（A）欄の額に対する高額療養費算定基準額を超える場合は、（A）欄の額に対する高額療養費算定基準額を（D）欄に記載する。

【例】



小児慢性特定疾病に係る保険診療総額 - 社会保険等負担額 = 患者負担額
 1,000,000円・・・(A)欄 - 700,000円(3割負担の場合) = 300,000円④

④ > (A)欄の額に対する高額療養費算定基準額

(80,100円 + (1,000,000円① - 267,000円) × 0.01 = 87,430円・・・(D)欄