（様式第６号）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**指定医療機関が記入**

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 | | １割　　２割　　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　通院  入院と通院は別行で記載  調剤　訪看  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**  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 | | **岡山県が記入** | | | |
| 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 |
| 食事療養費 | | 受給者証の有効期間  内の食事回数 | | 回 | ― | ― | | | | ― |  | | |  | |  | | | |
| 年  月分 | 入院　通院  調剤　訪看  その他 | |  | | 日 | 総額 |  | | | | 点 |  | | | 円 | |  | | | |
|  | | 日 | うち小慢 |  | | | | 点 |
| 食事療養費 | |  | | 回 | ― | ― | | | | ― |  | | | 円 | |  | | | |
| 年  月分 | 入院　通院  調剤　訪看  その他 | |  | | 日 | 総額 |  | | | | 点 |  | | | 円 | |  | | | |
|  | | 日 | うち小慢 |  | | | | 点 |
| 食事療養費 | |  | | 回 | ― | ― | | | | ― |  | | | 円 | |  | | | |
| 年  月分 | 入院　通院  調剤　訪看  その他 | |  | | 日 | 総額 |  | | | | 点 |  | | | 円 | |  | | | |
|  | | 日 | うち小慢 |  | | | | 点 |
| 食事療養費 | |  | | 回 | ― | ― | | | | ― |  | | | 円 | |  | | | |
| 年  月分 | 入院　通院  調剤　訪看  その他 | |  | | 日 | 総額 |  | | | | 点 |  | | | 円 | |  | | | |
|  | | 日 | うち小慢 |  | | | | 点 |
| 食事療養費 | |  | | 回 | ― | ― | | | | ― |  | | | 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 | | | |
| 高額療養費　適用区分（　　　　　）  こども医療(85) | | | | 心身障害（80）  自立支援医療（15,16,21） | | | | | | その他  （　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |  | | | |
| 【備考欄】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり証明します。  　　　令和　　　　年　　　　月　　　　日  所在地  医療機関の名称  代表者 | | | | | | | | | 医療機関コード　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿  記入担当者：  TEL：　（　　　　　）　　　　　－ | | | | | | | | | | | |

【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**

同月、同一区分の診療はまとめて記入可能。

※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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診者氏名 | | 岡山　一郎 | | | | | | 受給者番号 | | | | ０ | １ | ２  受給者証で確認して記入 | | ３ | | ４ | ５ | ６ |
| 自己負担割合 | | １割　　２割　　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  同月、同一区分の診療はまとめて記入可 | 入院　通院  入院と通院は別行で記載  調剤　訪看  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**  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 | | **岡山県が記入**  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 | | | |
| 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  ・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 | | 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 |
| 食事療養費 | | 受給者証の有効期間  内の食事回数 | | 回 | ― | ― | | | | ― |  | | |  | |  | | | |
| R５年  ８月分 | 入院　通院  調剤　訪看  その他 | | 11 | | 日 | 総額 | 20,000 | | | | 点 | 0 | | | 円 | |  | | | |
| 7 | | 日 | うち小慢 | 15,000 | | | | 点 |
| 食事療養費 | | 21 | | 回 | ― | ― | | | | ― | 9,660 | | | 円 | |  | | | |
| R5年  ９月分 | 入院　通院  調剤　訪看  その他 | |  | | 日 | 総額 |  | | | | 点 | 0 | | | 円 | |  | | | |
| 9 | | 日 | うち小慢 | 25,000 | | | | 点 |
| 食事療養費 | | 25 | | 回 | ― | ― | | | | ― | 11,500  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 | | | 円 | |  | | | |
| R5年  ９月分  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 | 入院　通院  調剤　訪看  その他 | |  | | 日 | 総額 |  | | | | 点 | 0 | | | 円 | |  | | | |
| 2 | | 日 | うち小慢 | 3,000 | | | | 点 |
| 食事療養費 | |  | | 回 | ― | ― | | | | ― |  | | | 円 | |  | | | |
| 年  月分 | 入院　通院  調剤　訪看  その他 | |  | | 日 | 総額 |  | | | | 点 |  | | | 円 | |  | | | |
|  | | 日 | うち小慢 |  | | | | 点 |
| 食事療養費 | |  | | 回 | ― | ― | | | | ― |  | | | 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 | | | |
| 高額療養費　適用区分（　　ウ　　）  こども医療(85) | | | | 心身障害（80）  自立支援医療（15,16,21） | | | | | | その他  （　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | 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　〇　年　　〇　月　　〇　日  所在地　　〇市〇町１丁目１－１  医療機関の名称　　〇〇病院  押印は不要  代表者　　〇〇　〇〇 | | | | | | | | | 医療機関コード　　〇〇,〇〇〇〇,〇  記入担当者名：〇〇  TEL：　（　０８６　）　〇〇〇　－〇〇〇〇 | | | | | | | | | | | |