

被爆者の子 医療費証明書

記入例

令和●●年 ●月 ●日

医療費証明書を作成された担当者の方の部署名及び氏名をご記入ください

所在地 横浜市中区本町6-50-10
名称 医療法人 ○×□病院
電話 045(999)8888
代表者名 □□□ ○○○
証明書作成部署・担当者氏名

代表者印

次のとおり、相違ないことを証明します。

医事課 △△△△

代表者印を押印してください
片面印刷の場合は、2枚目の右上にも代表者印を押印してください
※訂正印は、代表者印と同じ印で押印してください

患者氏名	横浜 花子		男・女	障 害 タ	※ 該当する障害名に○を 1 造血機能障害 2 肝臓機能障害 3 細胞増殖機能障害 4 内分泌腺機能障害
生年月日	●●年 ●月 ●日生				
保険区分	種別	協会・組合・日雇・船員 共済・国保・後期			
	給付割合	1月は7 2月は8割			
診断書料	(※1)	円		疾病名	肺がん・潰瘍性大腸炎
証明書料		1,100 円			
診療年月	診療実日数	保険診療総点数	自己負担額		
●年	入院 15日	25,000	①75,000 円		
1月	入院外 3日	1,500	②4,500 円		
●年	入院 日	点	円		
2月		4,000 点	③5,000 円	指定難病	
●年		点	円		
3月	入院外 日	点	円		
入院時食事療養費標準負担額	年 月 ~ 年 月		入院中の食事回数 () 回分	④11,500 円	
自己負担額合計(診療等に係る自己負担額+入院時食事療養費標準負担額)			(※5)	⑤96,000 円	

診断書料及び証明書料が発生していない場合は斜線を引いてください

貴院で発行している診断書と同じ疾病名をご記入ください

他公費負担がある場合は記入してください
(例)・指定難病
・高額療養費支給制度(限度額認定証)
・重度障害者医療証

年月は省略をせずにご記入ください
また、診療を行った診療月のみご記入ください

- ※1 「診断書料」「証明書料」欄については、「被爆者の子医療費助成 診断書(第2号様式)」「被爆者の子 医療費証明書(第3号様式)」に記載いただくに当たり請求した金額を記入してください。請求していない場合は、斜線を引いてください。なお、「診断書料」「証明書料」は、「自己負担額合計」に加算しないでください。
- ※2 薬局等で疾病名が不明な場合は、お手数ですが処方箋を発行した医療機関にお問い合わせください。
- ※3 「保険診療総点数」欄については、「疾病名」欄に記載した疾病に対する治療の総点数を記入してください。「疾病名」欄記載以外の医療費や自己負担分(容器代・予防接種代等)は記入しないでください。
- ※4 「特記事項」欄には、他公費負担制度(例:特定疾患)や、「限度額認定証利用」等を記入してください。
- ※5 4か月以上まとめて証明する場合、自己負担額合計欄は、表面は斜線を引き、裏面を使用してください。

(A4表面)

(例) ①75,000+②4,500+③5,000+④11,500=⑤96,000