

# 被爆者の子 医療費証明書

記入例

令和〇〇年 〇月 〇日

所在地 中区本町〇〇  
 名称 ××病院  
 電話 045-×××-▲▲▲▲  
 代表者名 神奈川 太郎 代表者印 ①  
 ② 証明書作成部署・担当者氏名 神奈川 花子

医療機関  
 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

代表者印を押してください。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。

次のとおり、相違ないことを証明します。

患者氏名	横浜 花子		男・女	障害名	※ 該当する障害名の番号 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 5 脳血管障害 6 循環器機能障害 9 呼吸器機能障害 10 運動器機能障害 11 潰瘍による消化器機能障害
生年月日	〇〇年 〇月 〇日生				
保険区分	協会・組合・船員			疾病名	※必ず医療機関で記入してください。(※2) 肺がん
診断書料	(※1)	割	円		
証明書料		1,100	円		
診療年月	診療実日数	保険診療総点数(※3)	特記事項(※4)	自己負担額	
〇年	入院 15日	25,000	他公費負担がある場合は記入してください。 (例)・重度障害者医療 ・高額療養費制度 (限度額認定証)等	75,000円	
1月	入院外 3日	1,500		4,500円	
〇年	入院	4,000点	高額療養費支給制度 (限度額認定証)	円	
2月	年月は省略をせずにすべてご記入ください また、診療を行った診療月のみご記入ください			点	5,000円
〇年		点		円	
3月	入院外	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	11,500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) 96,000円	

※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)」を記載いただくにあ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・先発医薬品(長期収載品)の選定療養等)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。(R7.4) (A4表面)