

被爆者の子 医療費証明書

年 月 日

所在地
医療機関 名称
電 話

代表者名 代表者印 印
証明書作成部署 ・ 担当者氏名

次のとおり、相違ないことを証明します。

患者氏名		男・女	障 害 名	※ 該当する障害名の番号に○をつけてください。		
生年月日		年 月 日生		1 造血機能障害 7 腎臓機能障害 2 肝臓機能障害 8 水晶体混濁による視機能障害 3 細胞増殖機能障害 9 呼吸器機能障害 4 内分泌腺機能障害 10 運動器機能障害 5 脳血管障害 11 潰瘍による消化器機能障害 6 循環器機能障害		
保 険 区 分	種別	協会・組合・船員 共済・国保・後期		※必ず医療機関で記入してください。(※2)		
	給付 割合	割				
診断書料		(※1)	疾病名			
証明書料		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
年	入院	日	点			円
	入院外	日	点			円
年	入院	日	点			円
	入院外	日	点			円
年	入院	日	点			円
	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	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) 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。

(R 7.4)
(A4表面)

※片面印刷にご記入の場合は、表面に押印された代表者印を、裏面にも押印してください。

(両面印刷の場合は、裏面の代表者印は不要です)

代表者印 ㊤

診療年月	診 療 実 日 数		保険診療総点数	特記事項	自己負担額
年	入 院	日	点		円
	入院外	日	点		円
月	入 院	日	点		円
	入院外	日	点		円
年	入 院	日	点		円
	入院外	日	点		円
月	入 院	日	点		円
	入院外	日	点		円
年	入 院	日	点		円
	入院外	日	点		円
月	入 院	日	点		円
	入院外	日	点		円
年	入 院	日	点		円
	入院外	日	点		円
月	入 院	日	点		円
	入院外	日	点		円
年	入 院	日	点		円
	入院外	日	点		円
月	入 院	日	点		円
	入院外	日	点		円
年	入 院	日	点		円
	入院外	日	点		円
月	入 院	日	点		円
	入院外	日	点		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)					円