

### 小児慢性特定疾病医療費療養証明書

|             |  |         |       |                 |
|-------------|--|---------|-------|-----------------|
| 受給者番号       |  | 受給者氏名   |       | 小児慢性特定疾病公費対象開始日 |
| 小児慢性特定疾病疾患名 |  | 受給者生年月日 | 年 月 日 | 年 月 日 ~         |

| 診療年月                 | 入院・外来・訪看等                           | 診療日数 | 保険診療点数<br>(金額・単位数) |     | 左記のうち<br>窓口支払額 (患者自己負担額) |     | 備考 |
|----------------------|-------------------------------------|------|--------------------|-----|--------------------------|-----|----|
|                      |                                     |      | 金額                 | 単位数 | 金額                       | 単位数 |    |
| 年 月                  | 入院 (当月計)                            | 日    |                    | 点   |                          | 円   |    |
| 患者保険適用区分             | 上記のうち                               | 日    |                    | 点   |                          | 円   |    |
|                      | 小児慢性特定疾病公費対象<br>上記入院期間における<br>食事療養費 | 食    |                    | 円   |                          | 円   |    |
| 小児慢性特定疾病<br>自己負担上限月額 | 外来・薬剤 (当月計)                         | 日    |                    | 点   |                          | 円   |    |
|                      | 上記のうち<br>小児慢性特定疾病公費対象               | 日    |                    | 点   |                          | 円   |    |
| 患者自己負担割合             | 訪問看護等 (当月計)                         | 日    |                    | 円   |                          | 円   |    |
|                      | 上記のうち<br>小児慢性特定疾病公費対象               | 日    |                    | 円   |                          | 円   |    |
| 2割・3割                |                                     |      |                    |     |                          |     |    |

| 診療年月                 | 入院・外来・訪看等                           | 診療日数 | 保険診療点数<br>(金額・単位数) |     | 左記のうち<br>窓口支払額 (患者自己負担額) |     | 備考 |
|----------------------|-------------------------------------|------|--------------------|-----|--------------------------|-----|----|
|                      |                                     |      | 金額                 | 単位数 | 金額                       | 単位数 |    |
| 年 月                  | 入院 (当月計)                            | 日    |                    | 点   |                          | 円   |    |
| 患者保険適用区分             | 上記のうち                               | 日    |                    | 点   |                          | 円   |    |
|                      | 小児慢性特定疾病公費対象<br>上記入院期間における<br>食事療養費 | 食    |                    | 円   |                          | 円   |    |
| 小児慢性特定疾病<br>自己負担上限月額 | 外来・薬剤 (当月計)                         | 日    |                    | 点   |                          | 円   |    |
|                      | 上記のうち<br>小児慢性特定疾病公費対象               | 日    |                    | 点   |                          | 円   |    |
| 患者自己負担割合             | 訪問看護等 (当月計)                         | 日    |                    | 円   |                          | 円   |    |
|                      | 上記のうち<br>小児慢性特定疾病公費対象               | 日    |                    | 円   |                          | 円   |    |
| 2割・3割                |                                     |      |                    |     |                          |     |    |

| 診療年月                 | 入院・外来・訪看等                           | 診療日数 | 保険診療点数<br>(金額・単位数) |     | 左記のうち<br>窓口支払額 (患者自己負担額) |     | 備考 |
|----------------------|-------------------------------------|------|--------------------|-----|--------------------------|-----|----|
|                      |                                     |      | 金額                 | 単位数 | 金額                       | 単位数 |    |
| 年 月                  | 入院 (当月計)                            | 日    |                    | 点   |                          | 円   |    |
| 患者保険適用区分             | 上記のうち                               | 日    |                    | 点   |                          | 円   |    |
|                      | 小児慢性特定疾病公費対象<br>上記入院期間における<br>食事療養費 | 食    |                    | 円   |                          | 円   |    |
| 小児慢性特定疾病<br>自己負担上限月額 | 外来・薬剤 (当月計)                         | 日    |                    | 点   |                          | 円   |    |
|                      | 上記のうち<br>小児慢性特定疾病公費対象               | 日    |                    | 点   |                          | 円   |    |
| 患者自己負担割合             | 訪問看護等 (当月計)                         | 日    |                    | 円   |                          | 円   |    |
|                      | 上記のうち<br>小児慢性特定疾病公費対象               | 日    |                    | 円   |                          | 円   |    |
| 2割・3割                |                                     |      |                    |     |                          |     |    |

※記載欄が不足する場合には裏面にご記入ください。

本書のとおり証明します。

医療機関等所在地

年 月 日

医療機関等名称

代表者名

電話番号

記入者名

| 診療年月                 | 入院・外来・訪看等             | 診療日数 |   | 保険診療点数<br>(金額・単位数) |   | 左記のうち<br>窓口支払額 (患者自己負担額) |   | 備考 |
|----------------------|-----------------------|------|---|--------------------|---|--------------------------|---|----|
| 年 月                  | 入院 (当月計)              |      | 日 |                    | 点 |                          | 円 |    |
| 患者保険適用区分             | 上記のうち<br>小児慢性特定疾病公費対象 |      | 日 |                    | 点 |                          | 円 |    |
|                      | 上記入院期間における<br>食事療養費   |      | 食 |                    | 円 |                          | 円 |    |
| 小児慢性特定疾病<br>自己負担上限月額 | 外来・薬剤 (当月計)           |      | 日 |                    | 点 |                          | 円 |    |
| 円                    | 上記のうち<br>小児慢性特定疾病公費対象 |      | 日 |                    | 点 |                          | 円 |    |
| 患者自己負担割合             | 訪問看護等 (当月計)           |      | 日 |                    | 円 |                          | 円 |    |
| 2割・3割                | 上記のうち<br>小児慢性特定疾病公費対象 |      | 日 |                    | 円 |                          | 円 |    |

| 診療年月                 | 入院・外来・訪看等             | 診療日数 |   | 保険診療点数<br>(金額・単位数) |   | 左記のうち<br>窓口支払額 (患者自己負担額) |   | 備考 |
|----------------------|-----------------------|------|---|--------------------|---|--------------------------|---|----|
| 年 月                  | 入院 (当月計)              |      | 日 |                    | 点 |                          | 円 |    |
| 患者保険適用区分             | 上記のうち<br>小児慢性特定疾病公費対象 |      | 日 |                    | 点 |                          | 円 |    |
|                      | 上記入院期間における<br>食事療養費   |      | 食 |                    | 円 |                          | 円 |    |
| 小児慢性特定疾病<br>自己負担上限月額 | 外来・薬剤 (当月計)           |      | 日 |                    | 点 |                          | 円 |    |
| 円                    | 上記のうち<br>小児慢性特定疾病公費対象 |      | 日 |                    | 点 |                          | 円 |    |
| 患者自己負担割合             | 訪問看護等 (当月計)           |      | 日 |                    | 円 |                          | 円 |    |
| 2割・3割                | 上記のうち<br>小児慢性特定疾病公費対象 |      | 日 |                    | 円 |                          | 円 |    |

| 診療年月                 | 入院・外来・訪看等             | 診療日数 |   | 保険診療点数<br>(金額・単位数) |   | 左記のうち<br>窓口支払額 (患者自己負担額) |   | 備考 |
|----------------------|-----------------------|------|---|--------------------|---|--------------------------|---|----|
| 年 月                  | 入院 (当月計)              |      | 日 |                    | 点 |                          | 円 |    |
| 患者保険適用区分             | 上記のうち<br>小児慢性特定疾病公費対象 |      | 日 |                    | 点 |                          | 円 |    |
|                      | 上記入院期間における<br>食事療養費   |      | 食 |                    | 円 |                          | 円 |    |
| 小児慢性特定疾病<br>自己負担上限月額 | 外来・薬剤 (当月計)           |      | 日 |                    | 点 |                          | 円 |    |
| 円                    | 上記のうち<br>小児慢性特定疾病公費対象 |      | 日 |                    | 点 |                          | 円 |    |
| 患者自己負担割合             | 訪問看護等 (当月計)           |      | 日 |                    | 円 |                          | 円 |    |
| 2割・3割                | 上記のうち<br>小児慢性特定疾病公費対象 |      | 日 |                    | 円 |                          | 円 |    |

| 診療年月                 | 入院・外来・訪看等             | 診療日数 |   | 保険診療点数<br>(金額・単位数) |   | 左記のうち<br>窓口支払額 (患者自己負担額) |   | 備考 |
|----------------------|-----------------------|------|---|--------------------|---|--------------------------|---|----|
| 年 月                  | 入院 (当月計)              |      | 日 |                    | 点 |                          | 円 |    |
| 患者保険適用区分             | 上記のうち<br>小児慢性特定疾病公費対象 |      | 日 |                    | 点 |                          | 円 |    |
|                      | 上記入院期間における<br>食事療養費   |      | 食 |                    | 円 |                          | 円 |    |
| 小児慢性特定疾病<br>自己負担上限月額 | 外来・薬剤 (当月計)           |      | 日 |                    | 点 |                          | 円 |    |
| 円                    | 上記のうち<br>小児慢性特定疾病公費対象 |      | 日 |                    | 点 |                          | 円 |    |
| 患者自己負担割合             | 訪問看護等 (当月計)           |      | 日 |                    | 円 |                          | 円 |    |
| 2割・3割                | 上記のうち<br>小児慢性特定疾病公費対象 |      | 日 |                    | 円 |                          | 円 |    |

## 小児慢性特定疾病医療費療養証明書

|             |             |         |               |                 |
|-------------|-------------|---------|---------------|-----------------|
| 受給者番号       | 0123456     | 受給者氏名   | 栃木 次郎         | 小児慢性特定疾病公費対象開始日 |
| 小児慢性特定疾病疾患名 | Tリンパ芽球性リンパ腫 | 受給者生年月日 | 2023年 11月 11日 | 2025年 4月 5日 ~   |

| 診療年月                 | 入院・外来・訪看等             | 診療日数 | 保険診療点数<br>(金額・単位数) | 左記のうち<br>窓口支払額(患者自己負担額) | 備考   |
|----------------------|-----------------------|------|--------------------|-------------------------|--|
| 令和7年4月               | 入院(当月計)               | 10 日 | 147,708 点          | 57,600 円                | 高額療養費の自己負担上限額適用<br>適用区分「エ」<br>上限額: 57,600円 |
| 患者保険適用区分             | 上記のうち<br>小児慢性特定疾病公費対象 | 5 日  | 65,672 点           | — 円                     |  |
| エ                    | 上記入院期間における<br>食事療養費   | 15 食 | 7,650 円            | 7,650 円                 |  |
| 小児慢性特定疾病<br>自己負担上限月額 | 外来・薬剤(当月計)            | 2 日  | 1,160 点            | 3,480 円                 |  |
| 10,000 円             | 上記のうち<br>小児慢性特定疾病公費対象 | 1 日  | 382 点              | 760 円                   |  |
| 患者自己負担割合             | 訪問看護等(当月計)            | 2 日  | 2,200 円            | 440 円                   |  |
| 2割 3割                | 上記のうち<br>小児慢性特定疾病公費対象 | 1 日  | 1,100 円            | 110 円                   |  |

| 診療年月                 | 入院・外来・訪看等             | 診療日数 | 保険診療点数<br>(金額・単位数) | 左記のうち<br>窓口支払額(患者自己負担額) | 備考   |
|----------------------|-----------------------|------|--------------------|-------------------------|--|
| 令和7年5月               | 入院(当月計)               | 2 日  | 11,048 点           | 33,140 円                | 月の診療の全てが小児慢性<br>特定疾病公費対象となる場<br>合、診療日数、保険診療点<br>数(利用料・単位数)、窓<br>口支払額(患者自己負担<br>額)は、上段・下段とも同<br>じ数字を記入してください。 |
| 患者保険適用区分             | 上記のうち<br>小児慢性特定疾病公費対象 | 2 日  | 11,048 点           | 33,140 円                |  |
| エ                    | 上記入院期間における<br>食事療養費   | 6 食  | 3,060 円            | 3,060 円                 |  |
| 小児慢性特定疾病<br>自己負担上限月額 | 外来・薬剤(当月計)            |      |                    |                         |  |
| 10,000 円             | 上記のうち<br>小児慢性特定疾病公費対象 |      |                    |                         |  |
| 患者自己負担割合             | 訪問看護等(当月計)            |      |                    |                         |  |

## 《記入上の注意事項》

- この用紙は、患者様の特定医療費の請求を行う目的で、医療機関等の皆様に記載いただくものです。
- この用紙は、1つの指定医療機関(病院、診療所、薬局及び訪問看護ステーション)につき、1枚必要です。複数の医療機関の証明を1枚で行うことはできません。
- 黒色ボールペンを使用して記入してください(電子機器による入力・印刷も可。鉛筆書き等では受理できません)。
- 月ごとに患者保険適用区分及び小児慢性特定疾病自己負担上限月額を記入の上、該当する患者自己負担割合(1割・2割・3割)に○を付けてください。
- 入院、外来・薬剤、訪問看護等に係る診療日数、保険診療点数(利用料・単位数)、窓口支払額(患者自己負担額)について、上段には当月計を、下段にはそのうち小児慢性特定疾病公費対象となる部分を記入してください。  
また、入院期間における食事療養費について、食事回数と金額を記入してください。
- 認定された疾患に関わりのない治療や保険適用外のサービス(差額ベッド代、文書料等)は小児慢性特定疾病公費対象になりません。
- 小児慢性特定疾病公費対象点数にかかる窓口支払額は、公費適用前の保険自己負担割合に基づく金額を記入してください。

本書のとおり証明します。

医療機関等所在地 〒123-4567  
宇都宮市塙田○-△-□  
医療機関等名称 ○○病院  
代表者名 医療法人△△会□□  
電話番号 090-1234-5678  
記入者名 医事課 ●●

令和 8年 3月 1日