

小児慢性特定疾病医療費明細

【福山市】小児慢性特定疾病医療費支給申請（償還払）用

診療年月		受診者名前			生年月日	
年 月					年 月 日	
区分	受診者負担割合	診療日数	診療・調剤 報酬点数	受診者負担額	備考	
		食事回数		受診者食事負担額		
<input type="checkbox"/> 入院	<input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	日	点	円		
<input type="checkbox"/> 外来	<input type="checkbox"/> 高額療養費適用					
<input type="checkbox"/> 調剤	<input type="checkbox"/> その他公費等適用	回		円		
<input type="checkbox"/> 訪看	()					
<input type="checkbox"/> 入院	<input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	日	点	円		
<input type="checkbox"/> 外来	<input type="checkbox"/> 高額療養費適用					
<input type="checkbox"/> 調剤	<input type="checkbox"/> その他公費等適用	回		円		
<input type="checkbox"/> 訪看	()					
<input type="checkbox"/> 入院	<input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	日	点	円		
<input type="checkbox"/> 外来	<input type="checkbox"/> 高額療養費適用					
<input type="checkbox"/> 調剤	<input type="checkbox"/> その他公費等適用	回		円		
<input type="checkbox"/> 訪看	()					
<input type="checkbox"/> 入院	<input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	日	点	円		
<input type="checkbox"/> 外来	<input type="checkbox"/> 高額療養費適用					
<input type="checkbox"/> 調剤	<input type="checkbox"/> その他公費等適用	回		円		
<input type="checkbox"/> 訪看	()					
小児慢性特定疾病医療費について、上記のとおり相違ありません。						
年 月 日						
指定医療機関 所在地 : 名称 : 担当者名 : 連絡先 (- -)						

【記載時の注意事項】

- ・ 小児慢性特定疾病の認定期間内における、認定された疾病に係る医療費等について記載してください。
- ・ 医科と歯科は別欄に記載してください。
- ・ 調剤の場合は備考欄に処方箋発行医療機関を記載してください。また、処方箋発行医療機関が複数ある場合は別欄に記載してください。
- ・ 自己負担上限額管理票に記載していないものを記載してください。
- ・ 本書に記載する場合は、自己負担上限額管理票に記載しないでください。

小児慢性特定疾病医療費明細

【福山市】小児慢性特定疾病医療費支給申請（償還払）用

診療年月		受診者名前			生年月日	
2025年 2月		福山 太郎			2024年 1月 1日	
区分	受診者負担割合	診療日数	診療・調剤 報酬点数	受診者負担額		備考
		食事回数		受診者食事負担額		
<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看	<input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割 <input checked="" type="checkbox"/> 高額療養費適用 <input type="checkbox"/> その他公費等適用 ()	日 20 回 60	点 100,000	円 57,600 円 29,400		
<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看	<input type="checkbox"/> 2割 <input checked="" type="checkbox"/> 3割 <input type="checkbox"/> 高額療養費適用 <input type="checkbox"/> その他公費等適用 ()	日 2	点 500	円 1,500	(医科分)	医科と歯科がある場合は備考欄へ区別を記載
<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看	<input type="checkbox"/> 2割 <input checked="" type="checkbox"/> 3割 <input type="checkbox"/> 高額療養費適用 <input type="checkbox"/> その他公費等適用 ()	日 1	点 300	円 900	(歯科分)	調剤の場合は処方箋発行医療機関を記載
<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input checked="" type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看	<input type="checkbox"/> 2割 <input checked="" type="checkbox"/> 3割 <input type="checkbox"/> 高額療養費適用 <input type="checkbox"/> その他公費等適用 ()	日 2 回	点 1,000	円 3,000 円	(●●クリニック)	
小児慢性特定疾病医療費について、上記のとおり相違ありません。						
					2025年	3月 1日
指定医療機関	所在地	: 福山市〇町2-11-22				
	名称	: ■■病院				
	担当者名	: ○○ ○○				
	連絡先	(○○○ - 1111 - 2222)				

【記載時の注意事項】

- ・小児慢性特定疾病の認定期間内における、認定された疾病に係る医療費等について記載してください。
- ・医科と歯科は別欄に記載してください。また、備考欄に医科と歯科の区別が分かるように記載してください。
- ・調剤の場合は備考欄に処方箋発行医療機関を記載してください。また、処方箋発行医療機関が複数ある場合は別欄に記載してください。
- ・自己負担上限額管理票に記載していないものを記載してください。
- ・本書に記載する場合は、自己負担上限額管理票に記載しないでください。