

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 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	8 水晶体混濁による視機能障害	9 呼吸器機能障害
種別	協会・組合・日雇 船員・共済・国保			2 肝臓機能障害	10 運動器機能障害	11 潰瘍による消化器機能障害	
保険区分	給付割合	割	疾 病 名	※必ず医療機関で記入してください。			
診断書料	(※1)	円					
証明書料		円					
診療年月	診療実日数	保険診療総点数 (※2)	特記事項 (※3)	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			
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)				(※4) 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 「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。

※3 「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。

※4 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)

※片面印刷にご記入の場合は、表面に押印された医療機関印を、裏面にも押印してください。

(両面印刷の場合は、裏面の証明印は不要です)

医療機関印 ㊥

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 月	入院	日	点		円
	入院外	日	点		円
年 月	入院	日	点		円
	入院外	日	点		円
年 月	入院	日	点		円
	入院外	日	点		円
年 月	入院	日	点		円
	入院外	日	点		円
年 月	入院	日	点		円
	入院外	日	点		円
年 月	入院	日	点		円
	入院外	日	点		円
年 月	入院	日	点		円
	入院外	日	点		円
年 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