

# 被爆者の子 医療費証明書

記入例

令和●●年 ●月 ●日

医療費証明書を作成された  
担当者の方の部署名及び  
氏名をご記入下さい

所在地 横浜市中区△△△△△△△△  
名称 医療法人 ○×□病院  
電話 045(999)8888  
代表者名 □□□□ ○○○○  
証明書作成部署・担当者氏名

代表者印

次のとおり、相違ないことを証明します。

医事課 ○○

代表者印を押印して下さい  
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下さい  
※訂正印は、代表者印と同じ印で  
押印して下さい

貴院で発行している  
診断書と同じ疾病名を  
ご記入下さい

他公費負担がある場合は  
記入して下さい  
例)・指定難病  
・高額療養費支給制度  
(限度額認定証)  
・重度障害者医療証

診断書料及び証明書料が  
発生していない場合は  
斜線を引いて下さい

※ 該当する障害名に○をつけ

- 1 造血機能障害 7
- 2 肝臓機能障害 8
- ③ 細胞増殖機能障害 9
- 4 内分泌腺機能障害 10

患者氏名	横浜 花子		男・ 女	障 害 種 別
生年月日	●●年	●月	●日生	③
保険区分	種別	協会 船員	組合 共済	日 国
	給付割合	1月は7 2月は8 割		
診断書料	(※1)	疾病名		
証明書料		1,100	円	肺がん・潰瘍性大腸炎

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 15日	25,000 点		①75,000 円
1月	入院外 3日	15,000 点		②4,500 円
●年	入院 日	点		円
2月	入院外 5日	4,000 点	指定難病	③5,000 円
	日	点		円
	日	点		円
入院時食事療養費 標準負担額		26年1月 ~ 26年1月	入院中の食事回数 ( 43 ) 回分	④11,180 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) ⑤95,680 円

年月は省略をせず  
すべてご記入下さい  
また、診療を行った診療  
月のみご記入下さい

- ※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)

(例) ①75,000 + ②4,500 + ③5,000 + ④11,180 = ⑤95,680円