

領収済証明書（医療機関用）

1. 福岡市小児慢性特定疾病にかかる医療費・一部負担額の領収済証明書

※月ごとに、「外来」と「入院」の別で記入してください。

受給者番号				受給者氏名			
診療月	受療期間		負担区分	総医療費 A (点数×10 円)	保険者負担額 B	患者負担額 (A－B) (定率負担)	備考
年 月	入 院	日 ～ 日	2割 3割	日 円	円	円	
		食事療養費 (日)	—	回 円	円	円	
年 月	入 院	日 ～ 日	2割 3割	日 円	円	円	
		食事療養費 (日)	—	回 円	円	円	
年 月	外 来	日 ～ 日	2割 3割	日 円	円	円	
年 月	外 来	日 ～ 日	2割 3割	日 円	円	円	
年 月	外 来	日 ～ 日	2割 3割	日 円	円	円	
計				円	円	円	

上記のとおり、患者支払額・食事療養費・月額一部自己負担当月徴収額については小児慢性特定疾病として認定されている疾患の治療のため、受給者より領収済であり、公費併用レセプトにより国保連合会及び社会保険支払基金への請求をしていないことを証明します。

年 月 日 医療機関コード ()

医療機関所在地	名称	(TEL	)

医療機関の長名 印 (記入者 印)

領 收 書 貼 付