

～請求者様へ～

○指定医療機関（病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション）ごとに記入してもらってください。

指定医療機関が記入

～指定医療機関の方へ～
裏面記入例をご覧いただき、全項目を記入してください。

小児慢性特定疾病医療費証明書

小児慢性特定疾病医療費等償還払 申請用

受給者氏名		受給者番号									
生年月日		年 月 日		有効期間開始日		年 月 日					
保険種別		<input type="checkbox"/> 協 <input type="checkbox"/> 組 <input type="checkbox"/> 共 <input type="checkbox"/> 国 <input type="checkbox"/> 生保		自己負担割合		<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割					
診療年月	適用区分	確認方法	診療区分	診療実日数	保険診療点数		患者負担額 (実際の領収額)				
※適用区分欄は次のように記入してください。 【70歳未満の場合】ア、イ、ウ、エ、オ			※入院と外来は別 行で記載	診療月の総日数 日 うち有効期間内で、 小慢の診療等を行った日数 日	診療月の総点数 (単位) 点 うち受給者証の有効期間内で、 小慢に係る点数 (単位) 点	窓口で支払った額 保険診療点数の総額 × 円 自己負担割合 (高額療養費適用の場合は適用後の額)					
年 月分	<input type="checkbox"/> オンライン資格確認 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 確認不可 (みなし区分) <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 食事療養費	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 食事療養費	日	総額	点	円				
				日	うち小慢	点	円				
処方箋発行医療機関名											
年 月分	<input type="checkbox"/> オンライン資格確認 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 確認不可 (みなし区分) <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 食事療養費	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 食事療養費	日	総額	点	円				
				日	うち小慢	点	円				
処方箋発行医療機関名											
年 月分	<input type="checkbox"/> オンライン資格確認 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 確認不可 (みなし区分) <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 食事療養費	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 食事療養費	日	総額	点	円				
				日	うち小慢	点	円				
処方箋発行医療機関名											
年 月分	<input type="checkbox"/> オンライン資格確認 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 確認不可 (みなし区分) <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 食事療養費	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 食事療養費	日	総額	点	円				
				日	うち小慢	点	円				
処方箋発行医療機関名											
<p>【備考欄】 ※ こども医療費等の制度を適用した場合はこちら記入ください。</p>											
<p>上記の金額については、レセプトによる小児慢性特定疾病医療費の公費請求を行っておらず、患者（又はその家族等）から領収済です。</p>											
年 月 日				【記入担当者】							
所在地				所 属							
指定医療機関名称				氏 名							
代表者				連絡先							

記入例

※指定医療機関ごとに作成してください

受給者証の有効期間：R 7.10.25～
 入院：R7.10.21～R7.10.31の11日間
 通院：10月、11月

別紙様式第12号の2

～請求者様へ～

○指定医療機関（病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション）ごとに記入してもらってください。

小児慢性特定疾病医療費証明書

指定医療機関が記入

～指定医療機関の方へ～
 裏面記入例をご覧ください、
 全項目を記入してください。

小児慢性特定疾病医療費等償還払 申請用

受給者氏名	新潟 太郎		受給者番号	1	2	3	4	5	6	7
生年月日	令和〇年 〇月 〇日		有効期間開始日	令和7年 10月 25日						
保険種別	<input checked="" type="checkbox"/> 協 <input type="checkbox"/> 組 <input type="checkbox"/> 共 <input type="checkbox"/> 国 <input type="checkbox"/> 生保		自己負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input checked="" type="checkbox"/> 3割						
診療年月	適用区分	確認方法	診療区分	診療実日数	保険診療点数		患者負担額 (実際の領金額)			
※適用区分欄は次のように記入してください。 【70歳未満の場合】ア、イ、ウ、エ、オ			※入院と外来は別 行で記載	診療月の総日数 日 うち有効期間内、 小慢の診療等を行っ た日数	総額	診療月の総点数 (単位) 点 うち受給者証の有効期間内、 小慢に係る点数 (単位) 点	窓口で支払った額 保険診療点数の総額 × 円 自己負担割合 (高額療養費通 用の場合は適用後の額)			
令和7年 10月分	エ	<input checked="" type="checkbox"/> オンライン資格確認 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 確認不可 (みなし区分) <input type="checkbox"/> その他 ()	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> その他	11 日 7 日	総額 20,000 点 うち小慢 15,000 点	21 食	0 円 10,710 円			
処方箋発行医療機関名										
令和7年 10月分	エ	<input checked="" type="checkbox"/> オンライン資格確認 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 確認不可 (みなし区分) <input type="checkbox"/> その他 ()	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> その他	9 日	うち小慢 3,000 点	25 食	0 円			
処方箋発行医療機関名										
令和7年 11月分	エ	<input checked="" type="checkbox"/> オンライン資格確認 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 確認不可 (みなし区分) <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> その他	2 日	うち小慢 3,000 点		0 円			
処方箋発行医療機関名										
年 月分		<input type="checkbox"/> オンライン資格確認 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 確認不可 (みなし区分) <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> その他	日	うち小慢	点	円			
処方箋発行医療機関名										
【備考欄】高額療養費等の制度を適用した場合はこちら記入ください。										
こども医療費										
上記の金額については、レセプトによる小児慢性特定疾病医療費の公費請求を行っておらず、患者（又はその家族等）から領収済です。										
令和〇年〇月〇日			【記入担当者】							
所在地	〇市〇〇丁目-1-1			所属	医事課					
指定医療機関名称	〇〇病院			氏名	〇〇					
代表者	〇〇 〇〇			連絡先	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇					

○有効期間開始日
 証明書作成の依頼を受けた際に、受給者証を確認して記入してください。

○診療区分
 入院と通院は別行に記入してください。
 内科・歯科は別行に記入してください。

○診療実日数
 上段は月の総日数、下段はそのうち有効期間内で小児慢性に関する診療等を行った日数を記入してください。

○保険診療点数
 上段は月の総点数、下段はそのうち有効期間内で小児慢性に関する診療等の点数を記入してください。その月が小児慢性にかかる診療等のみの場合は、診療総点数（上段）は空欄も可。

○食事療養費
 有効期間開始以降の回数を記入してください。

○患者負担額
 小児慢性分の自己負担ではなく、窓口で支払った自己負担の総額を記入してください。

○日数、点数、患者負担額
 有効期間開始日が月途中である場合や助成対象外の診療がある場合は、総日数、総点数及び窓口で実際に領収した金額（保険外は除く）を記入してください。「うち小慢」には、小児慢性特定疾病医療費の対象となる診療のみ記入してください。

○処方箋発行医療機関名を記入してください。（薬局のみ）

○代表者
 代表者について記名してください。

○不明点について、確認させていただく場合がございますので、記入担当者欄（所属、氏名、連絡先）を必ず記入してください。

請求時に確認した適用区分とその確認方法を記入