

○この用紙は医療機関・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。
 ○証明が3か月を超える場合や複数の医療機関・薬局等で証明をもらう場合は、必要枚数をコピーしてください。

大阪市小児慢性特定疾病医療費証明書

受給者番号		月額自己負担 上限額	円
受給者氏名		生年月日	年 月 日
住 所	大阪市 区		
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで		
診療年月	診療実日数	対象医療費 及び一食単価	患者負担額
年 月分	入院	日	円
		食	円
	通院	日	円
	薬局	日	円
	訪問 看護	日	円
年 月分	入院	日	円
		食	円
	通院	日	円
	薬局	日	円
	訪問 看護	日	円
年 月分	入院	日	円
		食	円
	通院	日	円
	薬局	日	円
	訪問 看護	日	円

上記のとおり、小児慢性特定疾病医療費に係る患者負担額を領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関（薬局・訪看ST）コード

医療機関名

代表者

所在地

※小児慢性特定疾病医療費の証明は、大阪市小児慢性特定疾病医療受給者証に記載されている疾病について、上記の有効期間の範囲内で入院、通院に分けて証明してください。