

### 小児慢性特定疾病医療費領収書

令和 年 月 日

殿

医療機関の所在地

名称

開設者氏名

㊤

年 月分の医療費を下記のとおり領収しました。

金 \_\_\_\_\_ 円

(内訳)

医療受診券記載の番号	公費負担番号	患者氏名	医療保険			
	受給者番号		種別	健保(本人・家族) 国保(一般・退本・退家)	給付率	適用区分
区分	日数	公費負担対象 医療費等	医療保険等負担分			他の公費負担額
			給付額	高額療養費等	附加給付額	
入院	日	円	円	円	円	円
通院	日	円	円	円	円	円

区分	食事日数	自己負担額		※ 一部負担額	※ 決定額
		医療費等	食事療養費		
入院	日	円	円	円	円
通院	日	円	円	円	円
					※ 決定額 総合計 円

- 注1 公費負担対象分についてのみ記入してください。
- 2 医療保険等負担分については、高額療養費相当分を別掲してください。
- 3 自己負担額については食事療養費を別掲してください。
- 4 1ヶ月ごとに別様としてください。
- 5 ※欄は記入しないでください。
- 6 この用紙が必要なときは各保健所に請求してください。
- 7 子どもはぐくみ医療費助成のレセプト費用(600円)は、医療費等に記入してください。