

小児慢性特定疾病医療費証明書

疾病の名称					診療期間 (年 月分) 日から 日まで	
医療保険		内容	診療実日数	社会保険診療報酬 請求明細書による 総 医 療 費	社会保険等 負担額 〔高額療養費の現物給付〕 あり・なし	窓口徴収額
種別	給付 割合					
		診 療				
		食事療養費				
		保 険 調 剤				
		訪 問 看 護				

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 日 日

所 在 地

医療機関・薬局

名 称

訪問看護ステーション

代表者氏名

㊦

(電話番号)