

様式第12号

小児慢性特定疾病医療費明細

【福山市保健所】小児慢性特定疾病医療費請求(償還払)用

診療年月	年 月 診療分	受診者名前		生年月日	年 月 日
------	---------	-------	--	------	-------

区 分	医療保険負担区分	診療日数	診療・調剤 報酬点数	左診療・調剤に対 する受診者負担額	食事療養費		備 考
					回数	受診者負担額	
入 院	<input type="checkbox"/> 8割 <input type="checkbox"/> 7割 <input type="checkbox"/> その他 ()	日	点	円	回	円	
外 来	<input type="checkbox"/> 8割 <input type="checkbox"/> 7割 <input type="checkbox"/> その他 ()	日	点	円	/		
調 剤 (院外処方)	<input type="checkbox"/> 8割 <input type="checkbox"/> 7割 <input type="checkbox"/> その他 ()	日	点	円	/		(処方箋発行医療機関:)
訪問看護	<input type="checkbox"/> 8割 <input type="checkbox"/> 7割 <input type="checkbox"/> その他 ()	日	点	円	/		
合 計			点	円		円	同月中に既に領収している 小児慢性特定疾病医療に係 る一部負担金

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

医療機関 所在地

名称

担当者名 _____