

小児慢性特定疾病医療費確認票（医療機関、調剤薬局用）

年 月 日

愛知県保健医療局健康医務部健康対策課長 殿

福祉事務所名 \_\_\_\_\_

以下のとおり確認しましたので、報告します。

患者氏名		生年月日	年 月 日	公費負担者 番 号	
有効期間	年 月 日から		年 月 日まで		受給者番号
自己負担上限月額	円	階層区分			

※受給者証に記載されているとおり記入してください。

決定額 (愛知県記入欄)	円
-----------------	---

※この欄は記入しないでください。

委 任 状

私（委任者）は、\_\_\_\_\_福祉事務所長を代理人と定め、小児慢性特定疾病医療費の請求及び受領に関する権限を委任します。

※代理人は、財務上の通知を行うことができる者にしてください。

委任者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_

(医療機関・調剤薬局証明欄①)

診療 年月	診療 科名	区分	診療 日数	左記のうち有効 期間内の日数	診療(調剤)報酬 明細書による点数	左記のうち、有効期間内かつ小児 慢性特定疾病医療に関する点数	適用区分 (わが国資格確認・ 臨床研修認定認定)	食事療養費 標準負担額	食事 回数	自己負担 割合	※支払確定額 内 訳
年 月		入院 通院 調剤	日	日	月計 点	月計 点		円	回	2割 3割 保険未加入	円
年 月		入院 通院 調剤	日	日	月計 点	月計 点		円	回	2割 3割 保険未加入	円
年 月		入院 通院 調剤	日	日	月計 点	月計 点		円	回	2割 3割 保険未加入	円
(注)・複数の診療科で受診の場合、月単位で合算した点数を記入してください。 ・食事療養費標準負担額について、負担金額がない場合「0」と記入してください。 ・訪問看護分（医療保険）は様式第 16-2 号に証明してください。										確定額	
上記のとおり証明します。 所在地 _____ 名称 _____										円	
										確定額証明書 印	

(裏面)

(医療機関・調剤薬局証明欄②)

診療年月	診療科名	区分	診療日数	左記のうち有効期間内の日数	診療(調剤)報酬明細書による点数	左記のうち、有効期間内かつ小児慢性特定疾病医療に関する点数	適用区分 (わが国資格確認・限度額適用証で確認)	食事療養費標準負担額	食事回数	自己負担割合	※支払確定額内訳
年月		入院 通院 調剤	日	日	月計 点	月計 点		円	回	2割 3割 保険未加入	円
年月		入院 通院 調剤	日	日	月計 点	月計 点		円	回	2割 3割 保険未加入	円
年月		入院 通院 調剤	日	日	月計 点	月計 点		円	回	2割 3割 保険未加入	円
(注)・複数の診療科で受診の場合、月単位で合算した点数を記入してください。 ・食事療養費標準負担額について、負担金額がない場合「0」と記入してください。 ・訪問看護分(医療保険)は様式第16-2号に証明してください。									確定額		
上記のとおり証明します。 〒 所在地 名称									年 月 日 円 確定額証明書 印		

(医療機関・調剤薬局証明欄③)

診療年月	診療科名	区分	診療日数	左記のうち有効期間内の日数	診療(調剤)報酬明細書による点数	左記のうち、有効期間内かつ小児慢性特定疾病医療に関する点数	適用区分 (わが国資格確認・限度額適用証で確認)	食事療養費標準負担額	食事回数	自己負担割合	※支払確定額内訳
年月		入院 通院 調剤	日	日	月計 点	月計 点		円	回	2割 3割 保険未加入	円
年月		入院 通院 調剤	日	日	月計 点	月計 点		円	回	2割 3割 保険未加入	円
年月		入院 通院 調剤	日	日	月計 点	月計 点		円	回	2割 3割 保険未加入	円
(注)・複数の診療科で受診の場合、月単位で合算した点数を記入してください。 ・食事療養費標準負担額について、負担金額がない場合「0」と記入してください。 ・訪問看護分(医療保険)は様式第16-2号に証明してください。									確定額		
上記のとおり証明します。 〒 所在地 名称									年 月 日 円 確定額証明書 印		

- 注1 二重線で囲った部分は、医療機関または調剤薬局で証明を受けてください。
- 高額療養費の対象となる場合で医療扶助なし(保険加入)の場合、高額療養費制度の自己負担限度額まで、医療扶助がある場合は、医療費全額について請求の対象になります。
  - 確認票を提出した後、改めてこちらから確認結果(金額)を通知しますので、この金額による納付書を発行し、送付してください。
  - 確認票には、診療報酬明細書(写し)に原本証明をした上で添付してください。
  - この確認票は、愛知県保健医療局健康医務部健康対策課難病企画・給付グループ(〒460-8501 名古屋市中区三の丸三丁目1番2号 電話052-954-6270)へ提出してください。