

市川市子ども医療費証明書

年 月 日

(申請者)

様

(保険医療機関等)

所在地

名称

代表者



次のとおり子ども医療費を領収したことを証明します。

| | | | | | | |
|------|---|--|------------------|--------------------------------|-----------------------|---|
| 受診者 | | | | | 年齢 | 歳 |
| 診療月 | 1 | 年 月分 | | | | |
| 医療区分 | 2 | 1 医科入院 2 医科外来 3 歯科 4 調剤 5 その他 | | | | |
| 外 来 | | 診療実日数 (調剤日数) | 日 日) | | ※この欄は記入しないでください。 | |
| | 3 | 総医療点数 患者負担額 | 点 円 | | 円 | |
| | 4 | (接骨院等の施術所のみ使用欄) 総金額 【内訳】 保険適用(患者負担) (保険負担) 保険適用外(自費分) | 円 円 円 円 | 5 | | |
| | 6 | 総医療点数 患者負担額 | 点 円 | 7 | ※この欄は記入しないでください。 円 | |
| 入 院 | 8 | 食事療養費 円 (回) | | | | |
| | 9 | 入院実日数 | 日 | 年 月 日 ~ 年 月 日 年 月 日 ~ 年 月 日 | | |

※これより下欄には記入しないでください。

| | | | | | | | | | |
|-------|---------|--|--|--|--|--|--|---|----|
| 10 | 高額療養費 | | | | | | | 円 | 備考 |
| 11 | 附加給付額 | | | | | | | 円 | |
| 12 | 自己負担控除額 | | | | | | | 円 | |
| 13 | 証明手数料 | | | | | | | 円 | |
| 助 成 額 | | | | | | | | 円 | |

(注1) 診療科目別に、1箇月ごとに発行してください。

(注2) 診療実日数が2日以上の場合は、裏面の「診療日ごとの点数及び金額」欄をあわせて記入してください。

(注3) 調剤日数は、調剤薬局のみ記入してください。

申請をすることができる医療費は、支払った日の属する月の翌月の初日から起算して2年以内のものです。

診療費ごとの点数及び金額（健康保険適用の患者負担額）

| 診療年月日 | 保険点数 | 患者負担額（健康保険適用分） |
|-------|------|----------------|
| 年 月 日 | 点 | 円 |
| 年 月 日 | 点 | 円 |
| 年 月 日 | 点 | 円 |
| 年 月 日 | 点 | 円 |
| 年 月 日 | 点 | 円 |
| 年 月 日 | 点 | 円 |
| 年 月 日 | 点 | 円 |
| 年 月 日 | 点 | 円 |
| 年 月 日 | 点 | 円 |
| 年 月 日 | 点 | 円 |
| 年 月 日 | 点 | 円 |
| 年 月 日 | 点 | 円 |
| 年 月 日 | 点 | 円 |
| 年 月 日 | 点 | 円 |
| 年 月 日 | 点 | 円 |
| 年 月 日 | 点 | 円 |
| 年 月 日 | 点 | 円 |
| 年 月 日 | 点 | 円 |
| 年 月 日 | 点 | 円 |

※ 接骨院などの施術所は、保険点数欄の記入は不要です。

【子ども医療費証明書の記入について】

申請者からこの証明書の記入を求められたときは、診療（調剤）報酬請求明細書1件について、次の方法で証明してください。

- 1箇月に1診療所で入院と外来があるときは、1枚の証明書に記入してください。
- 病院（診療科目別）・診療所・調剤薬局は、保険請求の総医療点数及び患者負担額を記入してください（他の公費制度（小児慢性特定疾患医療受診券の利用者等）から支給される助成金額を除いた患者負担額を記入してください。）
- 接骨院などの施術所は、表面の外来4及び裏面の診療年月日ごとの保険点数及び患者負担額（健康保険適用分）を記入してください。

【 外来（4）の記入例 】

| | |
|---|---|
| 4 | (接骨院などの施術所のみ使用) |
| | 総金額 7,500 円 |
| | 【 内 訳 】 |
| | 保険適用分（患者負担） 2,100 円 （保険負担） 4,900 円 保険適用外（自費分） 500 円 |

※ 市川市子ども医療費助成制度は、健康保険適用の診療のうち、患者負担分のみが助成対象です。健康保険適用外の診療（自費分など）は助成対象外です。

ご不明な点は下記へお問い合わせください。

【 連絡先 】 市川市 こども福祉課 医療費助成担当

Tel047-334-1111 内線 3233・3234・3235 FAX047-712-8734