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

(FI)

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	Ē		月	分			
医療区分	2	1 医科入院 2	医科外来	3 🕏	 	4 調	剤 5	5 その作	<u>lt</u>	
		沴療実日数 周剤日数	日 日)			% =	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
外来	4	(接骨院等の施術 総金額 【内訳】 保険適用(患者負 (保険負 保険適用外(自費	担) 担)	用欄)	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	(口])		
		入院実日数		日						
	9			年	月	日	\sim	年	E 5	日
				年	月	日	\sim	年	E	目 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	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 】

(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 Tm047-334-1111 (市役所代表)