様式第２８号　　※償還払いを受けるための書類です。医療機関・調剤薬局等の方がすべてを記入してください。

小児慢性特定疾病医療費療養費証明書

受給者氏名		□男□女	生年月日	年　月　日生（　歳）
保険区分	□社保　□協会　□国保		①被保険者負担割合	□2 割　□3 割
①適用区分	□確認済(ｱ ｲ ｳ ｴ ｵ)　多数回該当 □有・□無 □確認不可(みなし適用区分：ｳ)			
小児慢性特定疾病の公費適用 ※支払い当時の会計の難病公費の適用有無を識別。	□適用済み　□一部適用済　□適用無し			

診療年月	医療費区分	②診療区分	診療期間	診療日数	③総医療費	④医療費患者負担額	食事療養費標準負担額（利用回数）
			上段に同月内の総額を記載。下段に**特定医療の抽出額を記載。**				
年	総額	入院	日　～　日	日	円	円	円 （　円×　回）
	⑤うち小慢		日　～　日	日	円		円 （　円×　回）
月	総額	外来等	日　～　日	日	円	円	
	⑤うち小慢		日　～　日	日	円		

上記のとおり証明します。　令和　　年　　月　　日

医療機関等
所在地

名　　称

代表者名　　印

処方箋発行医療機関名※調剤薬局の場合

⑥
連絡先（TEL）

証明書記載者名

医療機関ｺｰﾄﾞ（固有ｺｰﾄﾞ７桁）

【記入上の留意点】

(1) 証明書は、月ごと一枚となります。なお、同月内に入院と外来がある場合は併記できます。

(2) ①～⑥までの記入上の留意点　※記載例は裏面参照

①→窓口で実際に適用した「負担割合」「高額療養」を記載してください。

②→調剤薬局及び訪問看護ステーションの場合は、「外来等」の欄に記入してください。

⑤→総医療費と同額であったとしても必ず記入してください。

⑥→記載内容に不明な点があった場合は、保健所又は県庁から問い合わせをいたしますので、連絡先及び証明書記載者名は必ず記載願います。また、療養費証明書のコピーを保管願います。

【証明欄記載例】

診療年月	医療費区分	②診療区分	診療期間	診療日数	③総医療費	④医療費患者負担額	食事療養費標準負担額（利用回数）
			上段に同月内の総額を記載。下段に特定医療の抽出額を記載。				
○年□月	総額	入院	3日～31日	28日	800,000円	85,430円	4,590円 （510円×9回）
	⑤うち小慢		20日～31日	11日	300,000円		900円 （300円×3回）

【入院時食事療養費の療養費申請について】

1. 小児慢性特定疾病医療受給者が入院した際の食事療養費の療養費払いの額は、※標準負担額の１／２の額にあたる。
2. 窓口負担額と実際の標準負担額の差額については、受給者（保護者）がお持ちの健康保険証の保険者へ請求するものとする。

※標準負担額については県のＨＰをご確認ください。
https://www.pref.miyagi.jp/soshiki/situkan/sinki-tetuduki-syouman.html

【当件に係る問い合わせ先】

◆宮城県保健所（支所）

問い合わせ先	管轄市町村
仙南保健所　疾病対策班　TEL：0224-53-3121 〒989-1243　柴田郡大河原町字南129-1	白石市、角田市、蔵王町、七ヶ宿町、大河原町、村田町、柴田町、川崎町、丸森町
塩釜保健所　疾病対策班　TEL：022-363-5504 〒985-0003　塩竈市北浜4-8-15	塩竈市、多賀城市、松島町、七ヶ浜町、利府町
塩釜保健所岩沼支所　疾病対策班　TEL：0223-23-1512 〒989-2432　岩沼市中央3-1-18	名取市、岩沼市、山元町、亘理町
塩釜保健所黒川支所　地域保健班　TEL：022-358-1111 〒981-3304　富谷市ひより台2-42-2	富谷市、大和町、大郷町、大衡村
大崎保健所　疾病対策班　TEL：0229-91-0714 〒989-6117　大崎市古川旭4-1-1	大崎市、色麻町、加美町、涌谷町、美里町
大崎保健所栗原支所　疾病対策班　TEL：0228-22-2117 〒987-2251　栗原市築館藤木5-1	栗原市
石巻保健所　疾病対策班　TEL：0225-95-1430 〒986-0850　石巻市あゆみ野5-7	石巻市、東松島市、女川町
石巻保健所登米支所　疾病対策班　TEL：0220-22-6119 〒987-0511　登米市迫町佐沼字西佐沼150-5	登米市
気仙沼保健所　疾病対策班　TEL：0226-22-6662 〒988-0066　気仙沼市東新城3-3-3	気仙沼市、南三陸町

宮城県保健福祉部　疾病・感染症対策課　難病対策班　電話 022-211-2465