

**【例 1 : 受給者情報部分の記載例】**

小児慢性特定疾病医療療養費証明書

受給者氏名	宮城 青景	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	平成20年1月1日生 (12歳)
保険区分	<input checked="" type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 協会 <input type="checkbox"/> 国保	①被保険者負担割合		<input type="checkbox"/> 2割 <input checked="" type="checkbox"/> 3割
①限度額適用認定証による現物給付	<input checked="" type="checkbox"/> 有り (アイウエオ) 多数回該当 <input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 無し			
小児慢性特定疾病の公費適用	<input type="checkbox"/> 適用済み		<input checked="" type="checkbox"/> 適用無し	

以下の(1)と(2)を両方満たす場合、「有り」にチェックし、適用内容を記載してください。  
 (1) 小児慢性特定医療費医療受給者証を適用せず、会計処理を行った。  
 (2) 限度額適用認定証を適用し、高額療養費自己負担限度額を上限として会計処理を行った。

「小児慢性特定医療費医療受給者証」を適用して会計処理を行った場合、「適用済み」にチェックしてください。  
 ※その場合、①の「限度額適用認定証による現物給付」は必ず「無し」になります。

**【例 2 : 入院医療費部分の記載例 (※この例における健康保険等の内容は、例1のとおりです。)】**

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	⑤ 食事療養費標準負担額 (利用回数)	⑥=④+⑤ 患者負担額計
			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	3日～31日	29日	800,000円	75,430円	31,320円 (360円×87回)	106,750円
	⑦うち小慢		20日～31日	12日	700,000円	10,000円	12,960円 (360円×36回)	22,960円
×月	総額	外来等						
	⑦うち小慢							

この例は、総額の一部に小児慢性分が含まれている場合の記載例です。  
 対象となる医療費の全額が小児慢性分の場合は、下段も上段と同額で記載してください。

保険診療分の患者負担額を記載します。  
 (この例は、例1のとおり「区分ウ・多数回該当なし」による。)  
 ※80,100 + (800,000 - 267,000) × 1% = 85,430

**【例3：外来等医療費分の記載例】**（※この例における健康保険等の内容は、例1のとおりです。）

診療 年月	医療費 区分	② 診療 区分	診	療	診療	③ 総医療費	④医療費 患者負担額	⑤ 食事療養費標準負担額 (利用回数)	⑥=④+⑤ 患者負担額計
			期	間	日数				
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	日～日	日	日	円	円	円 (円×回)	円
	⑦うち 小慢		日～日	日	日	円	円	円 (円×回)	円
	総額	外 来 等	2日～28日	3日		400,000円	71,430円	/	71,430円
	⑦うち 小慢		15日～15日	1日		300,000円	10,000円		10,000円

この例は、総額の一部に小児慢性分が含まれている場合の記載例です。  
対象となる医療費の全額が小児慢性分の場合は、下段も上段と同額で記載してください。

保険診療分の患者負担額を記載します。  
(この例は、例1のとおり「区分ウ・多数該当なし」による。)  
※ $80,100 + (400,000 - 267,000) \times 1\% = 81,430$

- ※ 複数月該当がある場合は、月ごとに証明書を作成してください。
- ※ 処方せん発行日と調剤日が異なる場合、「調剤日」を基準として記載をお願いします。
- ※ 診療報酬請求書（レセプト）の具体的な記載方法等については、審査機関（社会保険診療報酬支払基金・国民健康保険団体連合会）にお問合せ願います。