吹田市

小児慢性特定疾病医療費助成に係る医療費総額の療養証明書

氏名		生年月日	
疾病名			

算定期間	年　月　日から　　年　月　日までの間	
診療・調剤等の年月	診療・調剤等の医療費総額(円)	備　考
年　月		
年　月		
年　月		
年　月		
年　月		
年　月		
年　月		
年　月		
年　月		
年　月		
年　月		
年　月		
合　計		

上記のとおりの医療費総額であることを証明します。　　年　月　日

医療機関名
所在地
施設名
管理者名　　印
担当者名（所属課）
電話

医療機関の方へ

この証明書は、小児慢性特定疾病の医療費助成制度の対象となる疾病にり患した患者の方に対して一定以上の医療費総額がかかっていることを確認するための書類です。

既に認定された方で、月ごとの当該疾病にかかる医療費総額が5万円を超える月が6か月以上ある方は、自己負担上限額が軽減されることがあります。

小児慢性特定疾病医療費助成の対象となる医療に係る費用のみ記載ください。