第６号様式（第７条関係）

小児慢性特定疾病医療費助成に係る療養証明書

氏　名		生年月日	年　月　日
疾病名		併用した医療費助成名	
保険の種類	協会・船員・日雇・組合・共済・国保・国保組合・生保・その他（　　）	限度額適用認定書等の提示 有・無	所得区分
			保険自己負担割合　割

注）下表は太線の中のみ記入願います。　（単位：円）

小児慢性特定疾病医療受給者証有効期間：　年　月　日　～　年　月　日

診療年月	入院の別 通院		日数又は回数	保険診療総額	社会保険等負担額	受診者自己負担額	受診者負担額	区支払額
年月	入院	診療						
		食事						
		計						
	入院以外							
年月	入院	診療						
		食事						
		計						
	入院以外							
年月	入院	診療						
		食事						
		計						
	入院以外							
年月	入院	診療						
		食事						
		計						
	入院以外							
年月	入院	診療						
		食事						
		計						
	入院以外							
年月	入院	診療						
		食事						
		計						
	入院以外							

杉並区小児慢性特定疾病医療費助成対象の医療費を上記のとおり証明します。

年　月　日　　所在地

医療機関名　名　称

管理者名

医療機関コード

（　　）

電話番号：
記入者名（所属課）：