小児慢性特定疾病に係る医療費管理票

下記のとおり証明します。

証明日	年　　月　　日

受診者名		疾病名	

日　付	医療費総額（10割分）
年　　月	
年　　月	
年　　月	
年　　月	
年　　月	
年　　月	
年　　月	
年　　月	
年　　月	
年　　月	
年　　月	
年　　月	

医療機関の名称		医療機関コード	
所在地		記入担当者	
代表者		ＴＥＬ：（　　）　　－	

【医療機関の方へ】

・小慢の患者に対する医療等に関する法律に基づく小児慢性特定疾病医療費支給申請（高額長期）のために必要な書類です。

・患者様から依頼があったときは記入をお願いします。