領収済証明書（調剤薬局用）

２．福岡市小児慢性特定疾病にかかる薬剤費の領収済証明書

受給者番号			受給者氏名		
受療期間	負担区分	総医療費（点数×10円）	保険者負担額	患者支払額	備考
年　月　日 （　　日）	２割 ３割	円	円	円	
年　月　日 （　　日）	２割 ３割	円	円	円	
年　月　日 （　　日）	２割 ３割	円	円	円	
計		円	円	円	

上記のとおり，患者支払額・食事療養費・月額一部自己負担当月徴収額については小児慢性特定疾病として認定されている疾患の治療のため，受給者より領収済であり，公費併用レセプトにより国保連合会及び社会保険支払基金への請求をしていないことを証明します。

年　　月　　日　　医療機関コード（　　）

医療機関所在地

名称　　（TEL　　）

医療機関の長名　　印　　（記入者　　印　）

小児慢性特定疾病に要する処方箋発行証明書（病院・医院記入欄）

受給者番号		受給者氏名	
発行年月日	年　月　日	年　月　日	年　月　日

小児慢性特定疾病として認定されている疾病の治療のため，上記のとおり院外処方箋を発行したことを証明します。

年　　月　　日　　医療機関コード（　　）

病院・医院所在地　　（TEL　　）

名称　　（記入者名　　印　）

病院・医院の長名　　印

領　収　書　貼　付