

被爆者のこどもの医療費証明書 (医療機関用)

記載例

※この証明書は、医療の内容及び医療費について医療機関に証明していただくためのものです。太枠で囲むすべての項目を、医療機関で記入していただきます。

|                     |                                  |     |        |                 |
|---------------------|----------------------------------|-----|--------|-----------------|
| 患者氏名                | 神奈川 太郎                           | 男・女 | 障<br>害 | 1 造血機能障害        |
| 生年月日                | 昭和 平成 33年 10月××日                 |     |        | 2 肝臓機能障害        |
| (病院、診療所、薬局が記載) 疾病名  | ※必ず医療機関で記入してください<br>・白内障<br>・肺がん |     |        | 3 細胞増殖機能障害      |
| (薬局のみ記入) 処方せん交付医療機関 | 〇〇病院                             |     |        | 4 内分泌腺機能障害      |
|                     |                                  |     |        | 5 脳血管障害         |
|                     |                                  |     |        | 6 循環器機能障害       |
|                     |                                  |     |        | 7 腎臓機能障害        |
|                     |                                  |     |        | 8 水晶体混濁による視機能障害 |
|                     |                                  |     |        | 9 聴覚機能障害        |
|                     |                                  |     |        | 10 器機能障害        |
|                     |                                  |     |        | 11 潰瘍による消化器機能障害 |
|                     |                                  |     |        | (該当する障害名に○)     |

病院、診療所が証明する場合は記載不要(空欄)です。

訂正は二重線を引いてください(修正液等での訂正は不可)。

| 診療年月日 (調剤年月日) | 被保険者負担区分  | 診療区分  | 保険診療総点数                     | 備           | 金額      |
|---------------|---|---|-----------------------------|-------------|---------|
| 令和4年4月 4日     | <input type="checkbox"/> 定額 <input type="checkbox"/> 1割<br><input checked="" type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割 | <input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 通院<br><input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 | 401点                        |             | 800円    |
| 令和4年4月 14日    | <input type="checkbox"/> 定額 <input type="checkbox"/> 1割<br><input checked="" type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割 | <input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 通院<br><input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 | 1,003<br><del>1,503</del> 点 |             | 2,010円  |
| 令和4年5月10~15日  | <input type="checkbox"/> 定額 <input type="checkbox"/> 1割<br><input checked="" type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割 | <input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院<br><input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 | 401,123点                    | 限度額適用認定証を使用 | 44,400円 |
| 年 月 日         | <input type="checkbox"/> 定額 <input type="checkbox"/> 1割<br><input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割            | <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院<br><input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看            |                             |             | 円       |
| 年 月 日         | <input type="checkbox"/> 定額 <input type="checkbox"/> 1割<br><input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割            | <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院<br><input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看            |                             |             | 円       |
| 年 月 日         | <input type="checkbox"/> 定額 <input type="checkbox"/> 1割<br><input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割            | <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院<br><input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看            |                             |             | 円       |

特定疾病医療給付制度、高額療養費支給制度等を使用した場合、実際にお支払した自己負担額を記載してください。

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和4年7月10日  
医療機関 ××薬局  
所在地 横浜市△△区2-77  
名称 医療法人〇〇会  
代表者氏名 代表理事 横浜 一郎

連絡先電話番号 045-210-xxxx  
証明担当者氏名 医事課 三浦

合計 48,790円

証明担当者氏名を記載いただければ押印は不要です。

- 薬局で証明書を作成する際に具体的な疾病名が分からない場合、処方せん交付医療機関で証明済みの「被爆者のこども医療費証明書」をご確認ください。
- 被爆者のこども医療費の助成対象となる疾病は裏面の通りです。
- 対象疾病と対象外疾病の保険診療総点数が分けられない場合は備考欄に「点数不可分」等とご記載ください。
- 助成対象は健康保険法等での給付分を除いた自己負担額の医療費です。以下の内容については、保険診療総点数及び自己負担額から除外のうえ、証明してください。
  - ・医療費助成対象外となる疾病に係る医療費(風邪薬などの調剤)
  - ・自己負担分(証明書料(この証明書を含む)、診断書、容器代、予防接種代、食事療養費等)、
  - ・保険適用外の医療(先進医療等)、差額ベッド代、消耗品など

## 記入上の注意

### 1 医療費支給の対象となる疾病は、次のものです。

|    | 障害の種類              | 対象疾病の主なもの                          | 除外例   |
|----|--------------------|------------------------------------|---|
| 1  | 造血機能障害を伴う疾病        | 鉄欠乏性貧血<br>再生不良性貧血<br>上記以外の貧血       | 単なる白血球増多減少症、妊娠貧血  |
| 2  | 肝臓機能障害を伴う疾病        | 肝硬変、慢性肝炎等                          | 血清肝炎、急性肝炎、アルコール性肝障害   |
| 3  | 細胞増殖機能障害を伴う疾病      | 悪性新生物、造血組織及びリン巴組織の新生物              | 良性腫瘍  |
| 4  | 内分泌腺機能障害を伴う疾病      | 甲状腺機能亢進症<br>甲状腺機能低下症、糖尿病           | 尿崩症、青銅糖尿病、腎性糖尿  |
| 5  | 脳血管障害を伴う疾病         | くも膜下出血、脳出血、脳梗塞                     | 脳動脈硬化症、脳貧血  |
| 6  | 循環器機能障害を伴う疾病       | 高血圧性心疾患、慢性虚血性心疾患                   | 高血圧症(単なる)、動脈硬化症(単なる)、メニエル氏病、僧帽弁閉鎖不全症、僧帽弁狭窄症、心室性期外収縮、原発性心筋症、不整脈、心悸亢進、低血圧症等     |
| 7  | 腎臓機能障害を伴う疾病        | ネフローゼ症候群、慢性腎炎、慢性腎不全、慢性糸球体腎炎        | 妊娠又は産褥中に起きたもの、細尿管性ネフローゼ、高脂血症、膀胱炎、腎石症、突発性腎出血                                   |
| 8  | 水晶体混濁による視機能障害を伴う疾病 | 白内障                                | 先天性白内障、原爆以外の外傷性白内障  |
| 9  | 呼吸器機能障害を伴う疾病       | 肺気腫、慢性間質性肺炎、肺線維症                   | 急性又は詳細不明の間質性肺炎、慢性気管支炎、気管支喘息、気管支拡張症、肺炎、肺結核術後、塵肺                                |
| 10 | 運動器機能障害を伴う疾病       | 変形性関節症、変形性脊椎症、骨粗鬆症(運動機能障害を伴うものに限る) | 坐骨神経痛、パーキンソン症、重症筋無力症、慢性関節リウマチ、脊椎すべり症、脊椎分離症、椎間板ヘルニア、椎間板症、関節炎、痛風、腰痛症、頸肩腕症候群、五十肩 |
| 11 | 潰瘍による消化器機能障害を伴う疾病  | 胃潰瘍、十二指腸潰瘍、潰瘍性大腸炎                  | 慢性胃炎、胃切除症候群、過敏性大腸症候群  |

### 2 医療費は上記1の疾病に要した費用について記入してください。