

被爆者の子ども医療費証明書(医療機関用)

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いでください。

患者氏名	男・女	障 害 名	1 造血機能障害
生年月日	昭和・平成 年 月 日生		2 肝臓機能障害
保険種別	組合(本人・被扶養者)・国保・ その他()		3 細胞増殖機能障害
疾病名	<u>必ず医療機関で記入してください</u> (処方せん交付医療機関名:)		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 呼吸器機能障害
			10 運動機能障害
			11 潰瘍による消化器機能障害
			(該当する障害名に をしてください)

診療年月	被保険者負担区分	診療区分	診療日数	保険診療総点数	特記事項	自己負担額
年 月	<input type="checkbox"/> 定額 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看	日	点		円
年 月	<input type="checkbox"/> 定額 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看	日	点		円
年 月	<input type="checkbox"/> 定額 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看	日	点		円
年 月	<input type="checkbox"/> 定額 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看	日	点		円
年 月	<input type="checkbox"/> 定額 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看	日	点		円
年 月	<input type="checkbox"/> 定額 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看	日	点		円

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日	連絡先電話番号	合計 円
医療機関	証明担当者氏名	
所在地	印	
名称		
代表者氏名		

委任状

私は、次の者を代理人と定め、上記被爆者の子どもの医療費の受領に関する権限を委任します。

年 月 日

委任者 居住地

氏名

印

受任者 所在地

名称

代表者氏名

印

受任者 振込口座	金融機関名称	支店	口座種別	口座番号	口座名義人(カタカナ)
			普通・当座		

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 再生不良性貧血 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 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、肺腺維症	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、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 医療費支給は上記1の疾病に要した費用について記入してください。