

受給者証見本

(表面)

小児慢性特定疾病医療受給者証								
公費負担番号		5222X01X		病院	1	名称	〇〇総合病院	
						所在地	静岡市葵区追手町〇ー〇	
受給者番号		9999999			2	名称	〇〇クリニック	
						所在地	藤枝市瀬戸新屋〇〇	
受診者	氏名	静岡 花子	性別	女	3	名称		
	住所	〒426-8664 藤枝市瀬戸新屋 362-1 総合庁舎アパート 301		4	名称			
	生年月日	平成23年4月5日			所在地			
保護者	氏名	静岡 太郎	続柄	父	薬局	1	名称	〇〇薬局△△店
	住所	〒426-8664 藤枝市瀬戸新屋 362-1 総合庁舎アパート 301				所在地	静岡市葵区△△町〇ー〇	
	電話番号	054-644-9276		2		名称	××薬局□□店	
保険者名		〇〇健康保険組合			所在地	藤枝市□□ 〇〇		
被保険者証記号番号		1234567 12	適用区分	ウ	3	名称		
疾病名		〇〇病			所在地			
有効期間		平成27年1月1日 から 平成27年9月30日 まで		訪問	1	名称	訪問看護ステーション〇〇	
					所在地	藤枝市瀬戸新屋△△		
負担上限月額		2,500円	階層区分	一般I	世帯内受給者 静岡 茶子			
入院時食費		1/2 自己負担	軽減区分	なし	上記の通り決定する。			
交付年月日		平成27年1月1日		静岡県 保健所長				

(裏面)

【注意事項】

- この証を交付された方は、標記の疾病について、この証の表面に記載された金額を限度とする自己負担上限額までを医療機関に対して支払うことで保険診療を受けることが可能となります。
- 本事業の対象となる医療は、医療受給者証に記載された疾病及び当該疾病に付随して発現する傷病に対する医療に限られています。
- 保険医療機関等において診療を受ける場合、被保険者証や組合員証に添えて、この証を必ず窓口へ提出して下さい。
- 氏名、居住地、加入している医療保険又は受診している医療機関等に変更があったときは、保健所長にその旨を届け出て下さい。
- 治癒、死亡等で受給者の資格がなくなったときは、この証を速やかに保健所長に返還して下さい。
- この証を破損したり、汚したり又は紛失した場合は、保健所長にその旨を届け出て下さい。
- この証の有効期間満了後も引き続き継続を希望する場合には、必ず有効期間内に所定の手続きを行って下さい。

※ 負担上限月額0円の場合は、用紙の色を白色とする。

上限額管理票見本

平成 27 年 1 月 負担上限月額管理票

受診者	静岡 花子	受給者 番号	9999999
-----	-------	-----------	---------

負担上限月額 2,500 円

下記のとおり、負担上限月額に達しました。

日付	指定医療機関名	確認印
19日	見 ○○クリニック 本	印

日付	指定 医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己 負担額	月額 の 累計	徴収印
13日	○○総合病院	10,000	2,000	2,000	印
13日	○○薬局△△ 店	1,000	200	2,200	印
19日	○○クリニッ ク	5,000	300	2,500	印
日					
日					
日					
日					

※記入欄が不足した場合は、裏面に記入する。

※受給者証と併せて、本管理票を指定医療機関の窓口へ提出する。