

療 養 費 証 明 書

以下の内容は受診された（している）医療機関又は薬局で記入してください。

受診者	ふりがな		カルテ番号	男 ・ 女
	氏名		性別	
生年月日	平成 年 月 日（満 歳）			

診療日 (月ごと区分別に記載)	区分	医療保険種別 (自己負担割合)	医療費（保険診療分の医療費のみを記載願います。）				
			内 訳	総医療費 ア	医療保険等負担分 イ	自己負担相当額 (ア-イ)	実際の領収済額
年 月 日 ～ 年 月 日	入院 外来 調剤	(割)	総 額				
			うち甲状腺				A
年 月 日 ～ 年 月 日	入院 外来 調剤	(割)	総 額				
			うち甲状腺				A
年 月 日 ～ 年 月 日	入院 外来 調剤	(割)	総 額				
			うち甲状腺				A
甲状腺治療等に関する領収総額（上記「A」の総額） なお、 <u>医療費が裏面につづく場合は、裏面の最後に総額を記入</u> してください。						総額	

書き切れないときは裏面に記載願います。

上記のとおり証明します。

年 月 日

	所在地
医療機関等	名 称
	代表者
	印

【お願い】

- ・「総額」の欄は、甲状腺分（薬剤含）と甲状腺以外分（薬剤含）の合計額を記入してください。
- ・「うち甲状腺」の欄は、甲状腺しこり等（結節性病変）に係る診療分（薬剤含）のみを記入してください。
- ・「実際の受領済額」の欄は「自己負担相当額」の金額を、全額受領した場合はその金額を明記し、高額療養費制度を利用した場合には、実際の領収額を記入してください。
- ・ボールペン等のインクで記入願います。また、訂正の場合は必ず証明印による訂正をお願いします。

※裏面に記載例有

(裏面)

診療日 (月ごと区分別に記載)	区分	医療保険種別 (自己負担割合)	医療費 (保険診療分の医療費のみを記載願います。)					
			内訳	総医療費 ア	医療保険等負担分 イ	自己負担相当額 (ア-イ)	実際の領収済額	
年 月 日 ～ 年 月 日	入院 外来 調剤	(割)	総 額					
			うち甲状腺				A	
年 月 日 ～ 年 月 日	入院 外来 調剤	(割)	総 額					
			うち甲状腺				A	
年 月 日 ～ 年 月 日	入院 外来 調剤	(割)	総 額					
			うち甲状腺				A	
甲状腺治療等に関する領収総額 (上記「A」の総額) 裏面「A」の金額を合算したものを記入してください。						→	総額	

記 載 例

○月をまたいだ入院の場合 (平成26年5月12日から平成26年6月5日入院、5月に高額療養費を利用)

この欄は甲状腺がんに係る医療費のみ記載

上限額 (所得区分: 一般、利用回数: 1回の場合)

平成26年5月12日 ～ 平成26年5月31日	入院 外来 調剤	社 保 (3割)	総 額	400,000	280,000	120,000	81,430
			うち甲状腺	400,000	280,000	120,000	A 81,430
平成26年6月1日 ～ 平成26年6月5日	入院 外来 調剤	社 保 (3割)	総 額	100,000	70,000	30,000	30,000
			うち甲状腺	90,000	63,000	27,000	A 27,000

○同月に外来と入院が重なった場合 (平成26年10月12日通院、平成26年10月20日から平成26年10月30日入院、高額療養費の利用なし、入院中に他疾病に患い治療した場合)

平成26年10月12日 ～ 平成26年10月12日	入院 外来 調剤	国 保 (3割)	総 額	30,000	21,000	9,000	9,000
			うち甲状腺	30,000	21,000	9,000	A 9,000
平成26年10月20日 ～ 平成26年10月30日	入院 外来 調剤	国 保 (3割)	総 額	250,000	175,000	75,000	75,000
			うち甲状腺	200,000	140,000	60,000	A 60,000