小児慢性特定疾病に係る医療費

年　月分　医療費管理票

※ この管理票は、小児慢性特定疾病医療費の支給認定に当たり、患者さんの医療費が一定程度かかることを証明するためのものです。医療機関におかれては、小児慢性特定疾病に係る医療費について、ご記入をお願いいたします。

患者氏名：

小児慢性特定疾病名：

日　付	医療機関名	医療費総額（10割分）（円）	徴収印
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			