

原子爆弾被爆者の子どもに対する医療費等証明書

令和 年 月 日

医療機関 所在地

電話番号

名称

代表者

患者氏名		障 害 名	1 造血機能障害 7 腎臓機能障害 2 肝臓機能障害 8 水晶体混濁による視機能障害 3 細胞増殖機能障害 9 呼吸器機能障害 4 内分泌腺機能障害 10 運動機能障害 5 脳血管障害 11 潰瘍による消化器機能障害 6 循環器機能障害 (該当する障害名に○をしてください)
生年月日			
住 所			
保険 区分	種 別		
	給付割合	割	疾病名

診療年月	診療実日数	保険診療総点数	社会保険等負担分	他法による公費負担分	自己負担額(請求額)
年 月	入院 日	点	点	円	円
	入院外 日	点	点	円	円
	合 計	点	点	円	円
年 月	入院 日	点	点	円	円
	入院外 日	点	点	円	円
	合 計	点	点	円	円
年 月	入院 日	点	点	円	円
	入院外 日	点	点	円	円
	合 計	点	点	円	円
年 月	入院 日	点	点	円	円
	入院外 日	点	点	円	円
	合 計	点	点	円	円
年 月	入院 日	点	点	円	円
	入院外 日	点	点	円	円
	合 計	点	点	円	円
年 月	入院 日	点	点	円	円
	入院外 日	点	点	円	円
	合 計	点	点	円	円

訪問看護療養費	年 月～ 年 月
	入院外 日分 (患者負担額 円)

※薬局等で具体的な疾病名がわからない時は、疾病名を記載する欄に、処方箋を発行した医療機関の名称を記載してください。
 (例: 処方箋発行元 ○○病院 または、○○医院の処方箋による 等)