

(別紙様式例4)

小児慢性特定疾患治療研究事業台帳

負担者番号												
受給者番号												
保険区分		健保・国保・共済・生保・その他										
受 診 者	住所											
	氏名						性別	男・女				
	生年月日	昭和・平成		年	月	日生						
保 護 者	住所											
	氏名						続柄					
受診医療機関名												
疾患群												
疾患名												
認定期間		年	月	日から	実診療日数	入院	日	年	月	日まで	通院	日
"		年	月	日から	実診療日数	入院	日	年	月	日まで	通院	日
"		年	月	日から	実診療日数	入院	日	年	月	日まで	通院	日
月額自己負担 限度額	外 来	円										
	入 院	円										
月額自己負担 限度額	外 来	円										
	入 院	円										
月額自己負担 限度額	外 来	円										
	入 院	円										
転 帰		治癒・死亡・中止(他都道府県市転出等を含む)										
備 考												