

特定医療費(指定難病)証明書

年 月分

【注意事項】 医療機関の方へ
 ・証明書は、月ごとに作成してください。また、下部の部署名/ご記入者名は必ずご記載ください。
 ・お尋ねの連絡をする場合がございます。ご記入後は医療機関等で控え(コピー)を取っておいてください。

受給者番号		受給者氏名	
受給者証有効期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	自己負担上限額	円
診療時における 医療保険情報	保険種別	国保・社保 () ・後期 / 本人・家族	負担割合 1・2・3 割
	高額療養費限度額適用区分 ()		多数該当 有・無

《請求(証明理由)》 ※該当する番号に○
 1. 受給者証交付申請後、受給者証を受領する前に支払った医療費の払い戻し
 2. 自己負担上限額変更による払い戻し
 3. 患者による受給者証・上限額管理票の提示忘れ ⇒この場合は県からの払い戻しの対象外です。

入院		総医療費 (10割)	患者負担額 (窓口で支払った額)	※県使用欄
全入院期間 日～日		円	円	円
内 訳	うち指定難病対象外分 日～日	円	円	円
	うち指定難病対象分 日～日	円	円	円

外来・調剤		総医療費 (10割)	患者負担額 (窓口で支払った額)	※県使用欄
診療日	内訳			
日、日、日、 日、日、日、 日、日、日	月全体	円	円	円
	うち指定 難病分	円	円	円

※有効期間始期日以降の指定難病分を記入のこと

訪問看護等		総医療費 (10割)	患者負担額 (窓口で支払った額)	※県使用欄
利用日数	医療 保険	月全体	円	円
総利用日数 日		うち指定 難病分	円	円
うち認定期間内 日	介護 保険	月全体	円	円
介護保険負担割合 1・2・3 割		うち指定 難病分	円	円

【備考欄】 記載例: 重度心身障害者医療を適用/●日から保険変更(国保⇒協会けんぽ)

上記のとおり、相違ないことを証明します。
 また、患者負担金は受給者より領収済であり、レセプトにより国保連合会および社会保険支払基金へ公費(54)請求していないことを証明します。

令和 年 月 日
 医療機関等 所在地
 名称
 代表者名 印
 電話番号/FAX
 記入者氏名 (部署名)

記載例

(指定難病) 証明書

【注意事項】は必ずお読みください。
また、ご記入後は医療機関様において、**必ずお控え(コピー)をとっておいてください。**

- ・証明書は、月ごとに作成してください。また、下部の部署名/ご記入後は医療機関等で控え(コピー)を取っておいてください。
- ・お尋ねの連絡をする場合がございます。ご記入後は医療機関等で控え(コピー)を取っておいてください。

受給者番号		受給者氏名	
受給者証有効期間	令和 年 月 日 まで	自己負担上限額	円
診療時における医療保険情報	健康保険証やオンライン資格確認で確認した情報を記載	負担割合	1・2・3 割 有・無

《請求(証明理由)》 ※該当する番号に○

1. 受給者証交付申請後、受給者証を受領する前に支払った医療費の払い戻し
2. 自己負担上限額変更による払い戻し
3. 患者による受給者証・上限額管理票の提示忘れ →この場合は県からの払い戻しの対象外です。

入院		総医療費 (10割)	患者負担額 (窓口で支払った額)	※県使用欄
全入院期間 1日～ 20日		200,000 円	57,600 円	対象外(3割分)が 12,000円のため、 全体の支払額から 差し引いた額を記載
内 訳	うち指定難病対象外分 1日～ 4日	40,000 円	12,000 円	
	うち指定難病対象分 5日～ 20日	160,000 円	45,600 円	

外来・調剤

※有効期間始期日以降の指定難病分を記入のこと

診療日	内訳	総医療費 (10割)	患者負担額 (窓口で支払った額)	※県使用欄
22日、25日、30日、 __日、__日、__日、 __日、__日、__日	月全体	45,000 円	13,500 円	有効期間内の分 について記載
	うち指定難病分	30,000 円	9,000 円	

訪問看護等

訪問看護等		総医療費 (10割)	患者負担額 (窓口で支払った額)	※県使用欄
利用日数	医療 保険	月全体	31,500 円	「月全体」額が 全て指定難病対象 となる場合は、 「うち指定難病分」 にも同じ額を記載
総利用日数 2日 うち認定期間内 2日		うち指定難病分	31,500 円	
介護保険負担割合 1 2・3 割	介護 保険	月全体	3,000 円	
		うち指定難病分	3,000 円	

【備考欄】 記載例: 重度心身障害者医療を適用/●日から保険変更(国保⇒協会けんぽ)

上記のとおり、相違ないことを証明します。
また、患者負担金は受給者より領収済であり、レセプトにより国保連合会および社会保険支払基金へ公費(54)請求していないことを証明します。

令和 年 月 日
医療機関等 所在地
名称
代表者名
電話番号/FAX
記入者氏名

医療機関にて月遅れ処理などで公費(54)請求をしている場合は、本証明書ではなく、自己負担上限額管理票へ記載してください。

(部署名)

印