

特定医療費（指定難病）証明書

受診者氏名						受給者番号							
指定難病の 名 称													
支給認定の 有効期間	年 月 日 から						年 月 日まで						
診療年月	保険種別 負担割合 〔該当するものに 〇印を付けてください〕	診療実日数		医療費総額 (10割)	患者負担額	査 定 欄 (職員記入欄)							
				標準負担額									
年 月分	医療保険	1割	入 院	日間	円	円							
			食事・生活療養	食・日	円	円							
		2割	通 院	日	円	円							
			3割	薬 局	日	円	円						
	介護保険	1割	訪問看護	日	円	円							
			訪問リハ	日	円	円							
		2割	居宅療養管理指導	日	円	円							
			介護療養型施設	日	円	円							
		3割	介護医療院	日	円	円							
年 月分	医療保険	1割	入 院	日間	円	円							
			食事・生活療養	食・日	円	円							
		2割	通 院	日	円	円							
			3割	薬 局	日	円	円						
	介護保険	1割	訪問看護	日	円	円							
			訪問リハ	日	円	円							
		2割	居宅療養管理指導	日	円	円							
			介護療養型施設	日	円	円							
		3割	介護医療院	日	円	円							
年 月分	医療保険	1割	入 院	日間	円	円							
			食事・生活療養	食・日	円	円							
		2割	通 院	日	円	円							
			3割	薬 局	日	円	円						
	介護保険	1割	訪問看護	日	円	円							
			訪問リハ	日	円	円							
		2割	居宅療養管理指導	日	円	円							
			介護療養型施設	日	円	円							
		3割	介護医療院	日	円	円							
上記のとおり、領収したことを証明します。													
年 月 日				作成者									
指定医療機関の所在地				所属・氏名									
指定医療機関の名称													
代表者職氏名				㊟				電話番号					

記載例 (医療機関向け)

指定難病用R1.5版

・負担上限月額管理票に記載していない分を記載してください。

(証明書を記載した分は負担上限月額管理票には記載しないでください)

・医療保険での自己負担割合が3割の方は、負担上限月額に達しなくても、1割は公費負担となりますので、本人が自己負担額を支払ったすべての医療機関で記載が必要になります。

・受給者証を見て記載してください。
・指定難病や支給認定の有効期間は複数ある場合がありますので御注意ください。

・診療年月毎に記載してください。
・診療実日数および各金額は、必ず支給認定の有効期間内のもののみを記載してください。(有効期間が月途中からのものは月途中からの分のみ。)

・保険の負担割合に丸をしてください。
・受給者証適用により2割負担でも、保険の負担割合自体が3割負担の場合は、3割に丸をしてください。

・必ずすべて記載し、代表者職氏名の方の押印を忘れずをお願いします。
・内容を訂正する場合は二重線で抹消した上に、こちらで使用した印で訂正印を押印してください。

※平成30年4月以降診療月分の証明書の記載は浜松市様式へ、平成30年3月以前診療月分の証明書の記載は静岡県様式とし、平成30年4月以降の診療月分と平成30年3月以前の診療月分を一枚の様式に記載することのないよう御注意ください。

第2号様式(第2条・第3条関係)

特定医療費(指定難病)証明書

受診者氏名	浜松 花子		受給者番号	○○○○○○○○			
指定難病の名称	潰瘍性大腸炎						
支給認定の有効期間	平成○年○月○日から令和○年○月○日まで						
診療年月	保険種別 負担割合 (必ずするものに 該当してください)	診療実日数	医療費総額 (10割)		患者負担額	査定額 (職員記入欄)	
			標準負担額				
平成○年 ○月分	医療保険	入院	15 日間	300,000 円	80,430 円		
		食・生活療養	食・日				
		通院	3 日	15,000 円	4,500 円		
	薬局	口					
		訪問看護					
		訪問リハ					
	介護保険	1割					
		2割					
		3割					
令和○年 ○月分	医療保険	入院	日間				
		食・生活療養	食・日				
		通院					
	薬局	口	1 日	3,000 円	600 円		
		訪問看護					
		訪問リハ					
	介護保険	1割					
		2割					
		3割					
令和○年 ○月分	医療保険	入院	日間				
		食・生活療養	食・日				
		通院					
	薬局	口					
		訪問看護	5 日	20,000 円	2,000 円		
		訪問リハ					
	介護保険	1割					
		2割					
		3割					

上記のとおり、領収したことを証明します。
令和○年○月○日
作成者 所属・氏名 医事課 ○○ ○○
指定医療機関の所在地 〒○○○-○○○
浜松市○区○町×××
指定医療機関の名称 ○○病院
代表者職氏名 ○○長 ○○ ○○

・指定難病の治療に係る医療費総額(10割)を記載してください。

・患者負担額の欄には、実際に患者さんが負担した額を記載してください。(他の公費、限度額認定証を適用した場合等)
・他の公費を利用された場合は、余白にその旨を御記入ください。

・受給者証未確認でそのまま3割徴収した場合は3割の金額を記載してください。
・管理票のみ忘れてだけで3割ではなく2割徴収した場合は2割の金額を記載してください。
・貴医療機関では上限に達しない場合でも、複数の医療機関での患者負担額を合算した上で、負担上限月額を超える分が公費負担となりますので、必ず記載してください。
・「上限を超えておらず、公費負担が発生しないため記載しない」という判断については、必ず患者さんに、「他の医療機関等での支払った分」を確認した上で判断してください。

※記載例のため病院と薬局、訪問看護を併記していますが、実際は医療機関毎に記載してください。