

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○〕	診療実日数		医療費総額 (10割)	患者負担額	その他 (他公費（重心等） を利用した場合はそ の旨を記入)				
				標準負担額						
年 月分 適用区分【 】 ※1 (円) ※2 (円) ※3 (日～ 日) ※有効期間開始日が月途中の場合の入院や指定難病以外の医療がある場合は、※1に1か月の医療費総額(10割)を、※2に1か月の患者負担額を、※3に入院全期間を記入してください。	医療保険 1割 2割 3割	入 院	日 間	円	円					
		食事・生活療養	食・日	円	円					
		通 院	日	円	円					
		薬 局	日	円	円					
	介護保険 1割 2割 3割	訪 問 看 護	日	円	円					
		訪 問 リ ハ	日	円	円					
		居宅療養管理指導	日	円	円					
		介護療養型施設	日	円	円					
		介護医療院	日	円	円					
		訪 問 看 護	日	円	円					
		訪 問 リ ハ	日	円	円					
		居宅療養管理指導	日	円	円					
年 月分 適用区分【 】 ※1 (円) ※2 (円) ※3 (日～ 日) ※有効期間開始日が月途中の場合の入院や指定難病以外の医療がある場合は、※1に1か月の医療費総額(10割)を、※2に1か月の患者負担額を、※3に入院全期間を記入してください。	医療保険 1割 2割 3割	入 院	日 間	円	円					
		食事・生活療養	食・日	円	円					
		通 院	日	円	円					
		薬 局	日	円	円					
	介護保険 1割 2割 3割	訪 問 看 護	日	円	円					
		訪 問 リ ハ	日	円	円					
		居宅療養管理指導	日	円	円					
		介護療養型施設	日	円	円					
		介護医療院	日	円	円					
		訪 問 看 護	日	円	円					
		訪 問 リ ハ	日	円	円					
		居宅療養管理指導	日	円	円					
年 月分 適用区分【 】 ※1 (円) ※2 (円) ※3 (日～ 日) ※有効期間開始日が月途中の場合の入院や指定難病以外の医療がある場合は、※1に1か月の医療費総額(10割)を、※2に1か月の患者負担額を、※3に入院全期間を記入してください。	医療保険 1割 2割 3割	入 院	日 間	円	円					
		食事・生活療養	食・日	円	円					
		通 院	日	円	円					
		薬 局	日	円	円					
	介護保険 1割 2割 3割	訪 問 看 護	日	円	円					
		訪 問 リ ハ	日	円	円					
		居宅療養管理指導	日	円	円					
		介護療養型施設	日	円	円					
		介護医療院	日	円	円					
		訪 問 看 護	日	円	円					
		訪 問 リ ハ	日	円	円					
		居宅療養管理指導	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					印	電話番号				

記載例 (医療機関向け)

指定難病用R7.12版

- 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ご注意ください。

・診療年月毎で記載してください。

- 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。)

＜入院全期間の医療費総額等は※印欄へ記載してください。＞

- 適用区分(所得区分)を必ず記載してください。

・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にお願いします。

- 内容を訂正する場合は二重線で見え消しの上、こちらで使用した印で訂正箇所に押印してください。

※証明書は静岡県様式と記載内容が異なりますので必ず**浜松市様式**に記載をお願いします。

・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。

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

受給者氏名	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	令和〇年〇月〇日から 令和〇年〇月〇日まで				
診療年月	保険種別 負担割合 (該当する ものに○)	診療実日数	医療費総額 (10割)	患者負担額	その他 (他公費(重寧等) を利用した場合はその旨を記入)
令和〇年〇月分 適用区分【ウ】 ※1 (400,000円) ※2 (120,000円) ※3 (1日～20日)	医療保険 1割	入院 15日間	300,000円	90,000円	
	2割	食事・生活療養	食・日	円	円
	3割	通院 3日	15,000円	4,500円	
		薬局	日	円	円
令和〇年〇月分 適用区分【ウ】 ※1 ()円 ※2 ()円 ※3 (日～日)	介護保険 1割	訪問看護	日	円	円
	2割	訪問リハ	日	円	円
	3割	居宅療養管理指導	日	円	円
		介護療養型施設	日	円	円
		介護医療院	日	円	円
令和〇年〇月分 適用区分【ウ】 ※1 ()円 ※2 ()円 ※3 (日～日)	医療保険 1割	入院 日間	円	円	
	2割	食事・生活療養	食・日	円	円
	3割	通院 3日	9,000円	1,800円	
		薬局	日	円	円
		訪問看護	日	円	円
		訪問リハ	日	円	円
令和〇年〇月分 適用区分【ウ】 ※1 ()円 ※2 ()円 ※3 (日～日)	介護保険 1割	居宅療養管理指導	日	円	円
	2割	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。					
令和〇年〇月〇日		作成者			
指定医療機関の所在地		所属・氏名	医事課 〇〇〇〇		
指定医療機関の名称		電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		
代表者職氏名		〇〇長 〇〇〇〇	印		

・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を含む)

・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。

・管理票のみ忘れただけで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。

外来通院にて
重心適用

・他の公費を利用された場合は、その他欄に「重心適用」等の記載をしてください。

※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。**