

特定医療費（指定難病）領収証明書

特定医療費（指定難病）償還払申請用

受給者番号			患者氏名					
健康保険 種別 負担割合			診療年月		診療実日数		保険診療点数 及び1食単価	患者負担額
社 保 国 保 前期高齢 後期高齢 介護保険	割 割 割 割	年 月 分	入院	日間		点	円	
				食事	食	円	円	
			通院	日		点	円	
				薬局	日		点	円
社 保 国 保 前期高齢 後期高齢 介護保険	割 割 割 割	年 月 分	入院		日間		点	円
				食事	食	円	円	
			通院	日		点	円	
				薬局	日		点	円
社 保 国 保 前期高齢 後期高齢 介護保険	割 割 割 割	年 月 分	入院		日間		点	円
				食事	食	円	円	
			通院	日		点	円	
				薬局	日		点	円
【備考欄】								
上記のとおり証明します。								
年 月 日								
医療機関コード								
所在地								
名 称								
代表者名								
担当者名・所属								
連絡先 () -								
印								

○指定医療機関の皆様へ（裏面もご確認ください。）

- 受給者証の有効期間内において、認定された疾病（指定難病）について、入院、通院等に分けて記入してください。
なお、有効期間開始日が月途中の入院や、指定難病以外の医療がある場合は、指定難病に係る医療費のみご記入ください。
- 入院時の食事（食事療養費及び生活療養費の助成）は、受給者証に記載の公費負担番号が「54345012」の場合のみ対象となります。
- 介護保険サービスの証明の場合は、「点」を「単位」と読み替えてご記入ください。
- 証明印は、必ず代表者印を押印してください。
- 医療費支払時点で、他の医療費助成を適用した場合は備考欄に記入し、適用後の患者負担額をご記入ください。

【対象医療】

指定難病として認定された疾病やその疾病に付随して発生する傷病に対する治療等に対する部分で、保険適用となっているもの。
当該治療を行うために必要となる初診料、再診料、検査料、入院料、薬剤料、介護保険サービス利用料等及び当該治療を継続するために必要な治療費。

○ 指定医療機関の皆様へ

- ・医療費助成の対象は、指定医療機関で提供された指定難病に係る医療費のみです。指定医療機関ではない場合は記入できません。（償還払いの対象外となります。）
- ・健康保険の種別は必ず記入してください。
- ・指定難病に係る保険適用分の医療費について、受給者証の有効期間内に患者が自己負担された分のみを記入してください。

例) 入院の場合

入院期間 R2. 2. 1～R2. 2. 28
 受給者証の有効期間 R2. 2. 10～R2. 11. 30
 ⇒2月分として記入する期間 R2. 2. 10～R2. 2. 28
 ※有効期間内の医療費について、再計算の上、記入してください。

【記載例】

健康保険種別 負担割合	診療年月	診療実日数		保険診療点数及び1食単価	患者負担額
社 保 3割 国 保 割 前期高齢 割 後期高齢 割 介護保険 割	令和○年2月分	入院	10日間	○○○○○点	○○○○○○○円
			食事 食	円	円
		通院	2日	×××点	×××円
		薬局			
社 保 割 国 保 割 前期高齢 割 後期高齢 割 介護保険 1割	令和○年2月分	入院	日		円
			食事 食		
		通院	2日	×××点	×××円
		薬局	日		

指定難病以外や有効期間外の医療費、保険適用外の医療費は対象外となります。

【備考欄】

重度心身障害者医療を適用

上記のとおり証明します。

令和 ○ 年 3月 1日

医療機関コード 341000000
 所在地 広島市中区○○町 1-1
 名称 ○○病院
 代表者名 院長 ○○ □□
 担当者名・所属 医事課 △△
 連絡先 (082) 000 - 0000

他の医療費助成制度を適用した場合は、適用後の患者負担額を記入し、備考欄にその旨記入してください。

印

お問い合わせさせていただく場合がありますので、担当者名及び連絡先を必ずご記入ください。

代表者印を押印してください。