

- この証明書は、指定難病の償還払の手続きに必要な書類です。
- 患者さんが持参された場合、作成をお願いします。
- 発行手数料については医療機関・薬局の判断となります。



診療報酬等領収証明書

特定医療費（指定難病）償還払 申請用

受給者氏名		受給者番号				
生年月日		年 月 日		有効期間開始日		
保険種別		<input type="checkbox"/> 社保・国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 介護保険		自己負担割合		
				<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割		
診療年月	診療区分	診療実日数	保険診療点数		患者負担額	公費対象額
年 月分	入院と通院は別行で記載 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> その他	診療月の総日数	日	総額	診療月の総点数 (単位)	点
		うち受給者証の有効 期間内で、難病の診 療等を行った日数	日	うち難病	うち受給者証の有効期間 内で、難病にかかる点数 (単位)	点
年 月分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> その他	日	総額	点	窓口で支払った額	広島県が記入
年 月分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> その他	日	総額	点	保険診療点数の総額× 自己負担割合 又は高額療養費限度額	円
年 月分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> その他	日	総額	点		円
年 月分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> その他	日	総額	点		円
年 月分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> その他	日	総額	点		円
年 月分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> その他	日	総額	点		円
年 月分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> その他	日	総額	点		円
窓口支払時に高額療養費や公費を適用された場合は記入してください。						
適用された制度						適用した月
<input type="checkbox"/> 高額療養費 適用区分 () <input type="checkbox"/> 心身障害 (80) <input type="checkbox"/> 特定疾病療養 (マル長)						
<input type="checkbox"/> 自立支援医療 <input type="checkbox"/> 感染症 (28) <input type="checkbox"/> その他 ()						
【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		記入担当者：				
医療機関の名称		TEL： - -				
代表者						

【記入時の注意事項】

- ・受給者証の自己負担上限額管理票に記載していない分を記入してください。
- ・本書に記入する場合は、受給者証の自己負担上限額管理票に記入しないでください。
- ・自己負担上限月額に達しない場合でも証明してください。(他の指定医療機関分と合算するためなどに必要です。)
- ・介護保険で対象のものは、(介護予防)訪問看護・(介護予防)訪問リハビリテーション・(介護予防)居宅療養管理指導・介護療養型医療施設・介護医療院・特定診療費・特別診療費・高額介護サービス費です。

裏面の記入例もご確認ください

※証明書は医療機関・薬局ごとに作成してください。領収書での代用はできません。

記入例

受給者証を確認して記入

受給者氏名	広島 安芸		受給者番号	0	1	2	3	4	5	6
生年月日	昭和〇年 〇月 〇日		有効期間開始日	令和5年 5月 7日						
保険種別	<input checked="" type="checkbox"/> 社保・国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 介護保険		自己負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input checked="" type="checkbox"/> 3割						
診療年月	診療区分	診療実日数	保険診療点数		患者負担額	公費対象額				
年		診療月の総日数	総点数	診療月の総点数(単位)	窓口で支払った額	広島県が記入				
		日	点	点	円					
同月、同一区分の診療はまとめて記入可		入院中に有効開始のため、下段はR5.5.7からの4日分を記入		点数(介護保険は単位)に変更						
R5年 5月分	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> その他	10日 4日	総点数 うち難病	30,000点 20,000点	57,600円					
R5年 5月分	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> その他	2日 2日	総点数 うち難病	1,000点	3,000円					
R5年 6月分	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> その他	11日 10日	総点数 うち難病	12,000点 10,000点	36,000円					

受給者証の有効期間: R5.5.7~
入院: R5.5.1~5.10の10日間、
通院: R5.5.17、5.24の2日間、
限度額認定証の提示があった場合

その月が難病にかかる診療(調剤)のみの場合は、診療総点数は空欄も可

①有効期間外の診療等または
②難病以外の診療等がある場合、
下段はその点数を除いて記入

窓口支払時に医療費助成や公費を適用した場合は記入してください。

適用した制度			適用した月
<input checked="" type="checkbox"/> 高額療養費 適用区分(エ)	<input type="checkbox"/> 心身障害(80)	<input type="checkbox"/> 特定疾病療養(マル長)	R5.5月
<input type="checkbox"/> 自立支援医療	<input type="checkbox"/> 感染症(28)	<input type="checkbox"/> その他()	

【備考欄】

適用区分は、窓口支払時に限度額認定証等で確認したものを記入

上記のとおり証明します。

令和 〇年 〇月 〇日 医療機関コード 〇〇,〇〇〇〇,〇

所在地 〇市〇町1丁目1-1

医療機関の名称 〇〇病院 記入担当者名: 〇〇

代表者名 〇〇 〇〇 押印は不要 TEL: 082 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇

上記の証明書記入例に記載された金額を基に、5月分入院医療費の計算を図式化したものです。(難病の自己負担上限月額は10,000円とする。)

