



# 診療報酬等領収証明書

## 先天性血液凝固因子障害等治療研究事業 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		年 月 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	診療日数		保険診療点数		高額療養費	患者負担額	公費対象額
	同月に、入院と通院がある場合は、それぞれ別行で記載	総日数 うち該当疾患	診療月の総診療日数 うち該当疾患に係る診療日数	総額 うち該当疾患	診療月の総点数 うち該当疾患に係る点数(単位)	適用区分 (みなし)	他の医療費助成をお持ちの場合は、助成後の患者負担額(種別は備考へ)	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	総日数 ..... うち 該当疾患	日 ..... 日	総額 ..... うち 該当疾患	点 ..... 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	総日数 ..... うち 該当疾患	日 ..... 日	総額 ..... うち 該当疾患	点 ..... 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	総日数 ..... うち 該当疾患	日 ..... 日	総額 ..... うち 該当疾患	点 ..... 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	総日数 ..... うち 該当疾患	日 ..... 日	総額 ..... うち 該当疾患	点 ..... 点		円	
<b>【備考欄】</b>								
上記のとおり証明します。								
年 月 日 医療機関コード _____ 所在地 _____ 医療機関名 _____ 記入担当者： _____ 代表者 _____ TEL： _____ - _____								

**【記入時の注意事項】**

- この証明書は、先天性血液凝固因子障害等治療研究事業の償還払いの手続きに必要です。患者から依頼された場合は、医療機関・薬局等ごとに作成してください。(領収書での代用はできません) 発行手数料は、医療機関・薬局等の判断となります。
- 介護保険サービスの証明の場合は、「点」を「単位」と読み替えて記入してください。また、備考欄に地域単価(7級地〇〇円など)を記入してください。
- 血友病(A、B)の方など、加入する医療保険者が発行する「特定疾病療養受領証」をお持ちの方は、月額1万円までが本事業による公費負担であり、これを超える額は医療保険者の負担になります。
- 診療支払い時点で、他の医療費助成をお持ちの場合は、備考欄に種別と適用月を記入し、助成後の患者負担額を記入してください。(例：重度心身障害、特定疾病療養、更生医療 など)

必ず、裏面もご確認ください

## 対象となる医療費

- (1) 本事業は、広島県と委託契約を締結した医療機関に対して、広島県が該当疾患の医療費を負担する制度
- (2) 受給者証の有効期間内に、受給者証に記載された「委託医療機関」が実施した、健康保険及び介護保険が適用されるもの

### 【医療の範囲】

- ① 医療機関での診療
- ② 調剤薬局での調剤
- ③ 訪問看護、介護予防訪問看護
- ④ 訪問リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーション
- ⑤ 居宅療養管理指導、介護予防居宅療養管理指導
- ⑥ 介護医療院サービス

### 【対象外のもの】

- ・ 入院時の標準的な食事療養及び生活療養の負担
- ・ 保険適用外の医療費やサービス（治療用装具、差額ベッド料、文書料、交通費など）
- ・ ジェネリック医薬品ではなく、先発医薬品を希望される場合の「特別の料金」 など
- ・ 高額療養費制度で払戻を受けることができる医療費  
高額療養費の上限を超える額は、加入している医療保険者（市町国保、被用者保険等）へ請求してください

## 記入上の留意点

- (1) 診療年月 同月、同一区分の診療等は、まとめて記入可。
- (2) うち該当疾患 診療日数や保険診療点数のうち、「認定された該当疾患以外」や「有効期間以外」の診療を除いて記入して下さい。
- (3) 高額療養費 「オンライン資格確認」や「限度額適用認定証」で確認した高額療養費を適用した場合、所得の適用区分を記入し、みなし区分の場合は（ ）内に適用区分を記入して下さい。  
《例》適用区分：IV。 みなし区分：(ウ) など
- (4) 患者負担額 「高額療養費」や「他の医療費助成」を使用した場合は、助成後の負担額を記入して下さい。  
《例》400円：重度心身障害者医療を同月に2回使用。
- (5) 備考欄 次の事項に該当する場合は、備考欄に必要事項を記入して下さい。
- ・ 高額療養費で多数該当や世帯合算がある場合（種別と適用月）
  - ・ 医療費助成がある場合（種別と適用月）
  - ・ 介護保険の地域単価に該当する場合（級地、〇〇円）
  - ・ 医療保険の自己負担割合が変更になった場合（変更された割合と適用月）