

特定医療費(指定難病)証明書

○ 指定医療機関の皆様へ(裏面もあります。)

- 特定医療費(指定難病)の保険点数の証明は、特定医療費(指定難病)受給者証に記載されている疾病について、受給者証の有効期間の範囲内で月ごとに分けて証明してください。(なお、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、指定難病に係る医療費のみご記入ください。)
- 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、病院等の印ではなく、代表者印を押印してください。
- 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記入し、助成後の患者負担額をご記入ください。

【対象医療】

特定医療費(指定難病)として認定された疾患やその疾患に附隨して発生する傷病に対する治療、投薬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

受給者番号						受給者氏名			
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		患者負担額	高額療養費適用区分	
	入院と通院は別行で記載		総日数	診療月の総診療日数	総額	診療月の総点数			
年 月分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看		うち難病	うち有効期間内で難病にかかる日数	うち難病	うち有効期間内で難病にかかる点数	円		
			総日数	日	総額	点			
年 月分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看		うち難病	日	うち難病	点	円		
			総日数	日	総額	点			
年 月分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看		うち難病	日	うち難病	点	円		
			総日数	日	総額	点			
年 月分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看		うち難病	日	うち難病	点	円		
			総日数	日	総額	点			
年 月分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看		うち難病	日	うち難病	点	円		
			総日数	日	総額	点			

【備考欄】

記入担当者 所属: 氏名: TEL: () -	上記のとおり証明します。 令和 年 月 日 所 在 地 医療機関の名称 代 表 者 印
-----------------------------------	--

裏面の記入例もご確認ください

○ 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特定医療費(指定難病)のみです。指定対象機関ではない医療機関はご記入できません。
- ・ 健康保険の種別は必ず記入してください。
- ・ 特定医療(指定難病)に係る保険適用分の医療費について、特定医療費(指定難病)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御記入ください。

例: 入院の場合

【入院期間】 12月1日～12月10日

【受給者証の有効期間】 12月7日～9月30日

⇒ 12月分として記入いただく期間12月7日～12月10日

※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。

記入例

受給者証の有効期間:R6.12.7～ 入院:R6.12.1～12.10 の 10 日間、 通院:R6.12.17、12.24 の 2 日間、 限度額認定証の提示があった場合		受給者氏名	市島 ひろし			
保険種別	■ 社保・国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 介護保険	自己負担割合	適用区分は、限度額認定証等で確認したもの			
診療区分		診療回数	保険診療点数	高額療養費適用区分		
同月、同一区分の診療はまとめて記入可		総日数 うち難病	入院中に支給開始のため、下段 は12月7日からの4日分を記入			
R6年 12月分	■ 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看	総日数 うち難病	10日 4日	30,000 点 20,000 点	57,600 円	工
R6年 12月分	<input type="checkbox"/> 入院 ■ 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看	総日数 うち難病	2日 2日	3,000 点 1,000 点	3,000 円	工
R7年 1月分	<input type="checkbox"/> 入院 ■ 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看	総日数 うち難病	6日 5日	3,000 点 2,000 点	6,000 円	ウ
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 うち難病				
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 うち難病				

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

【備考欄】

記入担当者 所属:○○○○課 氏名:○○ ○○ TEL: () -	上記のとおり証明します。 令和〇年〇月〇日 所 在 地 広島市〇区〇町〇丁目〇番〇号 医療機関の名称 ○○○病院 代 表 者 ○○ ○○ 印
---	---