

特定医療費（指定難病）証明書

様式 1 1

○ 指定医療機関の皆様へ（裏面もあります。）

- 1 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入院、通院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。）
- 2 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。
- 3 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。
- 4 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随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			患者氏名			
健康保険種別	負担割合	診療年月 (総点数) (患者負担額)	診療日数		保険診療点数	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 (点) (円)	入院	日間	点	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 (点) (円)	入院	日間	点	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 (点) (円)	入院	日間	点	円
			通院	日	点	円
			薬局	日	点	円
備考欄						

令和 年 月 日

所在地

名称

代表者

印

問合せ先 () -

○ 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 R3. 2. 1～R3. 2. 28

受給者証の有効期間 R3. 2. 10～R3. 9. 30

⇒2月分として記入いただく期間 R3. 2. 10～R3. 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 (総点数) (患者負担額)	診療日数		保険診療点数	患者負担額
		入院	通院		
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1月分 (○○○○点) (△△△△円)	入院	10日間	○○○○○点	○○○○○○円
		通院	2日	×××点	×××円
		薬局	日		
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1月分 (○○○○点) (△△△△円)	入院	日間	点	円
		通院	2日	×××点	×××円
		薬局	日		
備考欄					
重度心身障害者医療を適用					