

※医療機関の方がすべて記入してください。

特定医療費（指定難病）療養費証明書

受給者氏名		生年 月日	大 昭 平 令	年 月 日生(歳)
-------	--	----------	------------	------------

診療年月	医療費区分	診療区分	診療期間	診療日数	①総医療費・介護給付費 (10割)	②患者負担額
年 月	総額	入院	日～日	日	円	円
	うち難病		日～日	日	円	
	総額	外来 調剤薬局 介護保険サービス	日～日	日	円	円
	うち難病		日～日	日	円	円
年 月	総額	入院	日～日	日	円	円
	うち難病		日～日	日	円	
	総額	外来 調剤薬局 介護保険サービス	日～日	日	円	円
	うち難病		日～日	日	円	円
年 月	総額	入院	日～日	日	円	円
	うち難病		日～日	日	円	
	総額	外来 調剤薬局 介護保険サービス	日～日	日	円	円
	うち難病		日～日	日	円	円

上記のとおり証明します。

年 月 日

医療機関等

所在地 _____

名称 _____

医療機関コード又は事業所番号（固有コード 7桁）

--	--	--	--	--	--	--	--

※代表者の署名又は記名押印とすること。

代表者名 _____

処方箋発行医療機関名※調剤薬局の場合

訪問看護指示書発行医療機関名※訪問看護等の場合 _____

証明書記載者氏名 _____

連絡先 (TEL) _____

※必ず記載願います

指定医療機関の記入に当たって＜裏面をご覧ください＞

【記入上の留意点】

- (1) 複数の医療機関で証明書を発行する場合は必要枚数をコピーしてください。
- (2) 同一月に医療保険と介護保険を適用している場合は欄を分けて記入してください。
- (3) 表①②の欄について
 - ①②→総額が全て指定難病にかかる医療等の場合、「総額」と「うち難病」の金額は同額になります。
- (4) 記載した療養費証明書について、コピーを保管願います。

【証明欄記載例】

<例1> 入院期間の途中（20日）から指定難病医療費助成開始となる場合

診療年月	医療費区分	診療区分	診療期間	診療日数	①総医療費・介護給付費 (10割)	②患者負担額
			上段に同月内の総額を記載。 下段に受給者証有効期間内の指定難病にかかる医療の抽出額を記載。			
□年○月	総額	入院	3日～31日	29日	800,000円	57,600円
	うち難病		20日～31日	12日	700,000円	

<例2> 調剤薬局で、指定難病受給者証利用せず医療保険3割で患者負担が発生した場合

診療年月	医療費区分	診療区分	診療期間	診療日数	①総医療費・介護給付費 (10割)	②患者負担額
			上段に同月内の総額を記載。 下段に受給者証有効期間内の指定難病にかかる医療の抽出額を記載。			
□年○月	総額	外来 調剤薬局	3日～17日	2日	18,000円	5,400円
	うち難病	介護保険サービス	3日～17日	2日	18,000円	5,400円

「うち難病」欄は、「総額」に記載された医療等に対する指定難病医療費助成の対象医療の内訳を記載していただくものです。

【注意！】

「②患者負担額」の「うち難病」欄に、仮に受給者証を使用した場合に領収する予定の金額（2割）を記入いただく例が見受けられますが、実際に患者が負担した金額を記載してください。

<例3> 介護保険を適用した場合

診療年月	医療費区分	診療区分	診療期間	診療日数	①総医療費・介護給付費 (10割)	②患者負担額
			上段に同月内の総額を記載。 下段に受給者証有効期間内の指定難病にかかる医療の抽出額を記載。			
□年○月	総額	外来 調剤薬局	3日～3日	1日	20,000円	2,000円
	うち難病	介護保険サービス	3日～3日	1日	20,000円	2,000円