

○この用紙は福祉事務所に指定医療機関（病院、診療所、薬局及び訪問看護ステーション）ごとに記入してもらってください。
 ○複数の指定医療機関で受診のある場合は、必要枚数をコピーしてください。

特定医療費（指定難病）証明書

- 福祉事務所の方へ
- 1 ※1の欄は記載しないでください。
 - 2 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、※2に1か月の総点数を※3に1か月の医療扶助総額をご記入ください。）
 - 3 介護保険サービスの証明の場合は、「点」を「単位」と読み替え、備考欄に地域単価（2級地 11.12円など）をご記入ください。
 - 4 証明書の内容で不明な点につきましては、担当者様に確認させていただきます。

（福祉事務所記載欄）

受診者氏名			受給者番号							
有効期間	年 月 日 から		年 月 日まで							
※1 医療費決定額			百万	十万	万	千	百	十	円	
健康保険 種別 負担割合	診療年月 (総点数) (医療扶助総額)	診療実日数		保険診療点数		医療扶助等の給付額				
社 保 割 介護保険 割	令和 年 月分 (※2 点) (※3 円)	入院	日間	点		(医)	円			
			食事 食	点		(食)	円			
		通院	日		点		円			
		薬局	日		点		円			
社 保 割 介護保険 割	令和 年 月分 (※2 点) (※3 円)	入院	日間	点		(医)	円			
			食事 食	点		(食)	円			
		通院	日		点		円			
		薬局	日		点		円			
社 保 割 介護保険 割	令和 年 月分 (※2 点) (※3 円)	入院	日間	点		(医)	円			
			食事 食	点		(食)	円			
		通院	日		点		円			
		薬局	日		点		円			

備考欄

医療扶助・介護扶助による給付を行ったもののうち、特定医療費（指定難病）を上記のとおり証明する。

年 月 日

指定医療機関の名称							
保険医療機関（薬局）コード							

名称
 福祉事務所 代表者
 所在地
 担当者（職・氏名）
 電 話