

○この用紙は指定医療機関(病院、診療所、薬局及び訪問看護ステーション)ごとに記入してください。
複数の指定医療機関の証明が必要な場合は、必要枚数をコピーして使用してください。

特定医療費(指定難病)証明書

<指定医療機関の方へ>

- この証明書は、医療費助成の認定を受けた方が有効期間の初日から受給者証が届くまでの間に、3割負担もしくは月額自己負担上限額を超えて、指定医療機関で医療費を支払われた場合において、償還払いを行うために作成いただくものです。
- 指定難病にかかる医療費について、下記の太枠内に記入してください。(※1の欄は記入しないでください。)
- 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か月の総患者負担額を記入してください。)
- 介護保険サービスの証明の場合は、「点」を「単位」と読み替え、備考欄に地域単価(2級地11.05円など)をご記入ください。
- 証明印は、病院等の印ではなく、必ず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。
- 証明書の記入内容について確認が必要な場合は、ご連絡させていただくことがあります。

※1 償還払決定額	百万	十万	万	千	百	十	円
-----------	----	----	---	---	---	---	---

(指定医療機関記入欄)

受診者氏名		受給者番号			
有効期間		平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで			
健康保険		診療年月 (※2 総点数) (※3 患者総負担額)	診療実日数	保険診療点数 及び一食単価	患者負担額
種別	負担割合				
社 保 国 保 前期高齢 後期高齢 介護保険	割 割 割 割 割	平成 年 月 分 (※2 点) (※3 円)	入院	日間 点	医 円
			食事	食 260・210・160・100円	食 円
			通院	日 点	円
社 保 国 保 前期高齢 後期高齢 介護保険	割 割 割 割 割	平成 年 月 分 (※2 点) (※3 円)	入院	日間 点	医 円
			食事	食 260・210・160・100円	食 円
			通院	日 点	円
社 保 国 保 前期高齢 後期高齢 介護保険	割 割 割 割 割	平成 年 月 分 (※2 点) (※3 円)	入院	日間 点	医 円
			食事	食 260・210・160・100円	食 円
			通院	日 点	円
社 保 国 保 前期高齢 後期高齢 介護保険	割 割 割 割 割	平成 年 月 分 (※2 点) (※3 円)	入院	日間 点	医 円
			食事	食 260・210・160・100円	食 円
			通院	日 点	円
社 保 国 保 前期高齢 後期高齢 介護保険	割 割 割 割 割	平成 年 月 分 (※2 点) (※3 円)	入院	日間 点	医 円
			食事	食 260・210・160・100円	食 円
			通院	日 点	円
社 保 国 保 前期高齢 後期高齢 介護保険	割 割 割 割 割	平成 年 月 分 (※2 点) (※3 円)	入院	日間 点	医 円
			食事	食 260・210・160・100円	食 円
			通院	日 点	円

備考欄

上記のとおり領収したことを証明する。

平成 年 月 日

保険医療機関(薬局)コード

(記入者)

名称

代表者

印

所在地

○この用紙は指定医療機関(病院、診療所、薬局及び訪問看護ステーション)ごとに記入してください。

複数の指定医療機関の証明が必要な場合は、必要枚数をコピーして使用してください。

特定医療費(指定難病)証明書

<指定医療機関の方へ>

- この証明書は、医療費助成が認定された方が有効期間の初日から受給者証が届くまでの間に、3割負担もしくは月額自己負担上限額を超えて、指定医療機関で医療費を支払われた場合において、償還払いを行うために作成いただくものです。
- 指定難病にかかる医療費について、下記の太枠内に記入してください。(※1の欄は記入しないでください。)
- 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か月の総患者負担額を記入してください。)
- 介護保険サービスの証明の場合は、「点」を「単位」と読み替え、備考欄に地域単価(2級地11.05円など)をご記入ください。
- 証明印は、病院等の印ではなく、必ず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。
- 証明書の記入内容について確認が必要な場合は、ご連絡させていただくことがあります。

※1 償還払決定額	百万	十万	万	千	百	十	円
-----------	----	----	---	---	---	---	---

(指定医療機関記入欄)

受診者氏名	大阪 太郎		受給者番号	1234567			
有効期間	平成 △ 年 4 月 1 日 から 平成 △ 年 12 月 31 日 まで						
健康保険	診療年月 (※2 総点数)	診療実日数		保険診療点数 及び一食単価		患者負担額	
種別	負担割合	(※3 患者総負担額)					
社保 前期高齢 後期高齢 介護保険	3割	平成 △ 年 4 月分 (※2 11,111点) (※3 22,222円)	入院	10 日間	3,333 点	医	44,444 円
			食事	食	260・210・160・100円	食	円
			通院	日	点	円	
社保 前期高齢 後期高齢 介護保険	3割	平成 △ 年 5 月分 (※2 55,555点) (※3 66,666円)	入院	日間	点	医	円
			食事	食	260・210・160・100円	食	円
			通院	5 日	7,777 点	88,888 円	
社保 前期高齢 後期高齢 介護保険	1割	平成 △ 年 6 月分 (※2 9,999点) (※3 11,111円)	入院	日間	点	医	円
			食事	食	260・210・160・100円	食	円
			通院	日	2,222 点	33,333 円	
介護保険	1割	(※3 11,111円)	薬局	日	点	円	

備考欄

△年5月より、□□医療費助成適用
地域単価 2級地 11.05円

上記のとおり領収したことを証明する。

平成 △ 年 7 月 30 日

保険医療機関(薬局)コード	1	2	3	4	5	6	7
---------------	---	---	---	---	---	---	---

(記入者 ○○)

名称

□□病院

代表者

△△ △△

所在地

大阪市○○区□□町1-2-3

代表者印