

～請求者様へ～

○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）ごとに記入してもらってください。○複数の指定医療機関で証明をもらう場合は、必要枚数をコピーしてお使いください。

特定医療費（指定難病）証明書

医療費決定額 (大阪市記入欄)	百万	十万	万	千	百	十	円
--------------------	----	----	---	---	---	---	---

(指定医療機関記入欄) ※太枠内のみ記入ください。

受診者氏名				受給者番号				(大阪市記入欄)
有効期間		年 月 日 から 年 月 日 まで						
診療 年月	保険種別及び 負担割合	指定難病に係る診療実日数		保険診療点数		患者負担額		
年	社保 国保 後期 割 割 割	入院	期 間	年 月 日 ～ 月 日		*		
			日 (総日数 日)	点 (総点数 点)	円 (総額 円)	*		
		通院 薬局・訪看	日	点	円	*		
月分	介護 割	介護	日	単位 (地域単価 円)	円	*		
年	社保 国保 後期 割 割 割	入院	期 間	年 月 日 ～ 月 日		*		
			日 (総日数 日)	点 (総点数 点)	円 (総額 円)	*		
		通院 薬局・訪看	日	点	円	*		
月分	介護 割	介護	日	単位 (地域単価 円)	円	*		
年	社保 国保 後期 割 割 割	入院	期 間	年 月 日 ～ 月 日		*		
			日 (総日数 日)	点 (総点数 点)	円 (総額 円)	*		
		通院 薬局・訪看	日	点	円	*		
月分	介護 割	介護	日	単位 (地域単価 円)	円	*		

備考欄

上記のとおり領収したことを証明する。

年 月 日

保険医療機関
(薬局)コード

※指定医療機関に限る

名 称

記入者（連絡先）※必ず記載してください。

代表者

所属

課・係

所在地

氏名

電 話

内線