

特定医療費（指定難病）証明書

記入上の注意を御覧になり証明してください。

										適用区分				
受給者氏名				公費負担者番号						受給者番号				
												自己負担上限額		円
				高額療養費申請対象期間		年 月 ~		年 月						
診療月	診療期間			診療日数	保険種別	給付割合	総医療費	医療保険負担分	患者自己負担相当額	左のうち患者が実際に支払った額(領収額)	高額療養制度での自己負担限度額	月額自己負担上限額または2割or1割負担額の小さい方	決定額	
										A	B	C	A-C または B-C	
年	入院	全入院期間 (日 ~ 日)										自己負担上限額 2割 or 1割 負担額の小さい額		
		内訳	うち指定難病外分											
			うち指定難病分 (日 ~ 日)										()	
月	通院等	全体額 (通院・院外薬局・訪看・訪問リハ・居宅)												
		内訳	うち指定難病外分											
			うち指定難病分 (日 ~)											
年	入院	全入院期間 (日 ~ 日)										自己負担上限額 2割 or 1割 負担額の小さい額		
		内訳	うち指定難病外分											
			うち指定難病分 (日 ~ 日)										()	
月	通院等	全体額 (通院・院外薬局・訪看・訪問リハ・居宅)												
		内訳	うち指定難病外分											
			うち指定難病分 (日 ~)											
年	入院	全入院期間 (日 ~ 日)										自己負担上限額 2割 or 1割 負担額の小さい額		
		内訳	うち指定難病外分											
			うち指定難病分 (日 ~ 日)										()	
月	通院等	全体額 (通院・院外薬局・訪看・訪問リハ・居宅)												
		内訳	うち指定難病外分											
			うち指定難病分 (日 ~)											
年	入院	全入院期間 (日 ~ 日)										自己負担上限額 2割 or 1割 負担額の小さい額		
		内訳	うち指定難病外分											
			うち指定難病分 (日 ~ 日)										()	
月	通院等	全体額 (通院・院外薬局・訪看・訪問リハ・居宅)												
		内訳	うち指定難病外分											
			うち指定難病分 (日 ~)											
合計	入院	全入院期間										自己負担上限額 2割 or 1割 負担額の小さい額		
		内訳	うち指定難病外分											
			うち指定難病分										()	
月	通院等	全体額 (通院・院外薬局・訪看・訪問リハ・居宅)												
		内訳	うち指定難病外分											
			うち指定難病分											

上記のとおり相違ないことを証明します。

指定医療機関 所在地 名称 代表者名 担当者名 TEL	年 月 日	印	(所属課)	保健所確認
--	-------	---	---------	-------

チェック項目			
病院・診療所	薬	局	訪問看護
自己負担上限額			
円			

* 記入上の注意

- 1 特定医療費（指定難病）に係る申請手続き中に生じた月ごとの医療費について、受給者が支払った金額の証明をお願いします。
 なお、証明される同じ期間内に他の指定医療機関への支払いがある場合には、同時に申請するようにご指導ください。
- 2 太線で囲った分を記入してください。
 - (1) 証明する月の総額をご記入いただくとともに、「うち指定難病分」の欄は、特定医療費（指定難病）受給者証の有効期間開始日から認定日（給者証交付日）までの期間であって、**かつ指定難病及び指定難病に直接起因する合併症に係る医療費をご記入**ください。
 また、受給者証交付月に公費適用した医療費については、行を別にしてご記入ください。
 - (2) 同月に保険の異なる支払いがある場合は、保険ごとに行を別にしてご記入ください。
 - (3) 「患者自己負担相当額」とは総医療費から医療保険負担分を差し引いた額です。
 - (4) 「左のうち患者が実際に支払った額」の欄は、自己負担全額を支払った場合はその額を、また、高額医療貸付制度を利用しての支払や後期高齢者医療制度の限度額支払は、窓口で領収した額を記入してください。
- 3 この用紙に証明された医療費については、診療報酬明細書の差し替えはしないでください。