

# 特定医療費（指定難病）証明書

年 月 日

(指定医療機関)

名称

代表者氏名

⑩

〒

所在地

TEL ( ) -

下記の受診者の当指定医療機関に係る特定医療費について、以下のとおり証明いたします。

診療年月	年 月	受診者（患者）氏名		
保険種別 (○で囲む)	健保協会・健保組合・共済・国保・国保組合・ 後期高齢・その他 ( )		患者負担割合 (○で囲む)	3割・2割・1割 その他 ( 割)
診療月日 (期間)		総医療費		患者窓口支払額
		〔 受診者の指定難病に係る医療費 〕		〔 総医療費の額に対する患者支払額 〕
入院	日～日 ( 日間)	円		円
	食事療養費	円		円
入院外	日間 〔 〕 ※診療日を記入する。	円		円
合計		円		円
高額療養費の適用		有 ・ 無	難病以外の公費該当	
				有 ・ 無
<p>※該当する場合記入してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 院外処方による薬局の場合は、処方箋発行医療機関名 ( )</li> <li>・ 訪問看護等の場合は、指示書の発行医療機関名 ( )</li> </ul>				

# 記入例

## 特定医療費（指定難病）証明書

年 月 日

(指定医療機関)

名称 **〇〇病院**

代表者氏名 **院長 山形 花子** 印

〒990-0000

所在地 **山形市松波2-8-1**

TEL (023) 630 - 2330

下記の受診者の当指定医療機関に係る特定医療費について、以下のとおり証明いたします。

診療年月	<b>28</b> 年 <b>9</b> 月	受診者（患者）氏名	<b>山形 太郎</b>	
保険種別 (○で囲む)	<input checked="" type="checkbox"/> 健保協会・健保組合・共済・国保・国保組合・ 後期高齢・その他 ( )	患者負担割合 (○で囲む)	<input checked="" type="checkbox"/> 3割・2割・1割 その他 ( 割)	
診療月日 (期間)	総医療費 (受診者の指定難病に係る医療費)		患者窓口支払額 (総医療費の額に対する患者支払額)	
入院	1 日～ 10 日 ( 10 日間)	<b>300,000</b> 円	<b>80,430</b> 円	
	食事療養費	/		円
入院外	2 日間 ( 9/20 9/25 ) ※診療日	<b>60,000</b> 円	<b>18,000</b> 円	
	合	/		円
高額療養費の適用		<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無	難病以外の公費該当	
			有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	
<p>※該当する場合記入してください。</p> <p>・ 院外処方による薬局の場合は、処方箋発行医療機関名 ( )</p> <p>・ 訪問看護等の場合は、指示書の発行医療機関名 ( )</p>				

限度額認定証などにより、高額療養費制度を適用して、受診者へ請求した場合は、「有」に○をお願いします。

指定難病以外の公費を適用して請求されている場合は、「有」に○をお願いします。