

特定医療費（指定難病）証明書

年 月 日

(指定医療機関)

氏名又は
名称

(法人の場合
は代表者氏名)

印

〒

住所又は
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 〔 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 | 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 | | |
| ※該当する場合記入してください。 ・ 院外処方による薬局の場合は、処方箋発行医療機関名 () ・ 訪問看護等の場合は、指示書の発行医療機関名 () | | | | |

記入例

特定医療費（指定難病）証明書

年 月 日

(指定医療機関)

氏名又は
名称

〇〇病院

(法人の場合
は代表者氏名)

院長 山形 花子 ㊞

住所又は
所在地

〒990-0000

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 | 28年 12月 | 受診者(患者)氏名 | 山形 太郎 | |
| 保険種別 (○で囲む) | <input checked="" type="checkbox"/> 健保協会・ <input type="checkbox"/> 健保組合・ <input type="checkbox"/> 共済・ <input type="checkbox"/> 国保・ <input type="checkbox"/> 国保組合・ <input type="checkbox"/> 後期高齢・ <input type="checkbox"/> その他() | 患者負担割合 (○で囲む) | <input checked="" type="checkbox"/> 3割・ <input type="checkbox"/> 2割・ <input type="checkbox"/> 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) | 300,000 円 | 80,430 円 | |
| | 食事療養費 | / | | 円 |
| 入院外 | 2日間 (12/20 12/25) | | | 60,000 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 |

※診療日
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。

※該当する場合記入してください。
・院外処方による薬局の場合は、処方箋発行医療機関()
・訪問看護等の場合は、指示書の発行医療機関名()
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。