

○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ください。

特定医療費（指定難病）療養証明書【記入例】

(指定医療機関記載欄)

受給者氏名	京都 太郎	受給者番号	〇〇〇〇〇〇〇		
有効期間	△年 10月 1日 から △年 9月 30日 まで				
健康保険 種別 負担割合	診療年月 (総点数) (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	
社保 3割 国保 割 前期高齢 割 後期高齢 割 介護保険 割	△年 1月分 (※1 ××××点) (※2 〇〇〇〇円)	入院	17日間 食事 51食	34,567点 260円	⑤ 103,700円 ④ 13,260円
		通院	日	点	円
		薬局	日	点	円
		介護保険 サービス	日	単位	円
		社保 割 国保 3割 前期高齢 割 後期高齢 割 介護保険 割	△年 2月分 (※1 □□□□点) (※2 △△△△円)	入院	日間 食事 食
通院	2日	1,234点		3,700円	
薬局	日	点		円	
介護保険 サービス	日	単位		円	
社保 割 国保 割 前期高齢 割 後期高齢 割 介護保険 1割	△年 2月分 (※1 〇〇〇〇点) (※2 ▽▽▽▽円)	入院		日間 食事 食	点 円
通院		日	点	円	
薬局		日	点	円	
介護保険 サービス		日	6,640単位	7,338円	

備考欄 △年2月より、〇〇助成適用 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します。

△年 △月 △日

記入者 ()

名称 □□病院

代表者 ○○ ○○

所在地 △△△△△1-1

(電話: 075-987-6543)



○指定医療機関の方へ

- 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、※1に1か月の総点数を※2に1か月の総患者負担額をご記入ください。)
- 入院時の食費（食事療養費及び生活療養費の助成）は経過措置対象者（公費負担者番号 54265012）の方のみ対象となります。
- 介護保険サービスの証明の場合は、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、医療機関印ではなく代表者印（院長印や理事長印、もしくは代表者の個人印）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。
- 証明書の内容で不明な点につきましては、記入者様に確認させていただきます。

指 定 医 療 機 関 の 方 へ

◎医療費助成の対象は、指定医療機関で提供された特定医療費（指定難病）のみです。
指定医療機関でない医療機関は証明しないでください。

◎特定医療（指定難病）に係る（法別番号54）保険適用分の医療費について、特定医療費（指定難病）受給者証の有効期間内のみに患者さんが自己負担された分を証明願います。
（なお、月額自己負担上限額内の支払いの場合は記入不要です）

◎証明が3か月を超える場合または、複数の指定医療機関（病院、診療所、薬局及び訪問看護ステーション）で証明が必要な場合は、証明書部分について必要枚数をコピーしてください。

～証明書の注意事項～

○健康保険の種別は必ず記入してください。

○入院の場合は、食事日数（取られなかった場合は0日）も記入してください。ただし、入院時の食事療養費及び生活療養費の助成は経過措置対象者のみ対象となります。

○患者負担額は有効期間内で患者様が特定医療に対して負担された金額を記入してください。
（通常の点数計算と金額が相違する場合は備考欄に記入願います）

○訂正箇所が生じた場合は、＝（二重線）を引き、その上に証明印と同じ印を押印してください。

○証明印は、医療機関印ではなく代表者印（院長印や理事長印、もしくは代表者の個人印）を押印してください。

○院外処方の場合は、調剤薬局で別に証明を受けてください。

○介護保険申請の場合は、備考欄に地域単価（2級地11.05円など）をご記入ください。

○書類に何か不備がございました際は申請者または医療機関へ返送させていただきます。