

○受給者様へ

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や、証明が6箇月を超える場合は、この用紙を必要枚数コピーの上、**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**を依頼してください。

特定医療費（指定難病）療養証明書

受給者氏名				受給者番号			
有効期間		年 月 日 から		年 月 日まで			
健康保険		診療年月 (総点数) (患者総負担額)	診療実日数		保険診療点数	患者負担額	
種別	負担割合						
社 保 国 保 前期高齢 後期高齢 介護保険	割 割 割 割 割 割 割 割	※1 年 月分 (※2 点) (※3 円) ※4 <input type="checkbox"/> 高療現物給付有	入院	日間	点	円	
			外来	日	点	円	
			調剤	日	点	円	
			<input type="checkbox"/> 見なし区分	介護保険 サービス	日	単位	円
社 保 国 保 前期高齢 後期高齢 介護保険	割 割 割 割 割 割 割 割	※1 年 月分 (※2 点) (※3 円) ※4 <input type="checkbox"/> 高療現物給付有	入院	日間	点	円	
			外来	日	点	円	
			調剤	日	点	円	
			<input type="checkbox"/> 見なし区分	介護保険 サービス	日	単位	円
社 保 国 保 前期高齢 後期高齢 介護保険	割 割 割 割 割 割 割 割	※1 年 月分 (※2 点) (※3 円) ※4 <input type="checkbox"/> 高療現物給付有	入院	日間	点	円	
			外来	日	点	円	
			調剤	日	点	円	
			<input type="checkbox"/> 見なし区分	介護保険 サービス	日	単位	円
社 保 国 保 前期高齢 後期高齢 介護保険	割 割 割 割 割 割 割 割	※1 年 月分 (※2 点) (※3 円) ※4 <input type="checkbox"/> 高療現物給付有	入院	日間	点	円	
			外来	日	点	円	
			調剤	日	点	円	
			<input type="checkbox"/> 見なし区分	介護保険 サービス	日	単位	円
社 保 国 保 前期高齢 後期高齢 介護保険	割 割 割 割 割 割 割 割	※1 年 月分 (※2 点) (※3 円) ※4 <input type="checkbox"/> 高療現物給付有	入院	日間	点	円	
			外来	日	点	円	
			調剤	日	点	円	
			<input type="checkbox"/> 見なし区分	介護保険 サービス	日	単位	円
備考欄							
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						(電話:)	
代表者						Ⓜ	
所在地							

- ① ※1 オンライン資格確認等によって確認した高額療養費適用区分について、裏面の表をご参照の上記載してください。また、見なし区分を適用している場合は、□に✓を記入してください。
- ② ※2 に1か月の総点数を※3に1か月の総患者負担額をご記入ください（特定医療対象外の医療含む。）。
- ③ 高額療養費が現物給付されている場合は、※4の□に✓を記入してください。
- ④ 記載にあたっての留意事項は裏面をご確認ください。

指 定 医 療 機 関 の 方 へ

本様式での証明にあたり、以下の点にご留意ください。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。

○特定医療費（指定難病）の保険点数は、以下①～④のすべてに該当する医療のみを証明してください。

- ①特定医療費（指定難病）受給者証に記載されている疾病に関するもの
 - ②公的医療保険が適用されるもの
 - ③特定医療費（指定難病）受給者証の有効期間内のもの
 - ④療養証明を行う医療機関が、難病指定医療機関の指定を受けた日以降のもの
- ※難病指定医療機関ではない医療機関によって提供された医療は、特定医療費（指定難病）の支給対象外となります。

○次のいずれかに該当する場合は「備考欄」を記入願います。

- ・通常の点数計算と金額が相違する場合
- ・医療費の支払い時点で他の医療費助成が適用されている場合（当該医療費助成を適用後の患者負担額を「患者負担額」欄にご記入ください。）
- ・介護保険サービスの証明の場合（地域単価（2級地11.05円など）をご記入ください。）

○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、必要枚数をコピーの上、医療機関ごとに作成してください。

○健康保険の種別及び適用区分は必ず記入してください。

○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。

○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。

○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。

○表面※1の適用区分欄は、オンライン資格確認により取得した区分について以下を参照して記載してください。

高額療養費適用区分対応表（70歳未満）

適用区分	所得区分
ア	標準報酬月額 83 万円以上
イ	標準報酬月額 53 万円以上 79 万円以下
ウ	標準報酬月額 28 万円以上 50 万円以下
エ	標準報酬月額 26 万円以下
オ	市区町村民税の非課税者

高額療養費適用区分対応表（70歳以上）

適用区分	所得区分
VI	標準報酬月額 83 万円以上（現役並みⅢ）
V	標準報酬月額 53 万円以上 79 万円以下（現役並みⅡ）
IV	標準報酬月額 28 万円以上 50 万円以下（現役並みⅠ）
III	標準報酬月額 26 万円以下（一般所得者）
II	市区町村民税の非課税者（低所得者Ⅱ）
I	市区町村民税の非課税者（年金収入一定基準以下）（低所得者Ⅰ）