

特定医療費(指定難病)証明書【医療機関による証明(記入)】

以下のとおり医療費を領収済みであることを証明します。

発行年月日：令和 年 月 日

受給者	受給者番号		氏名		自己負担割合	所得区分 (適用区分)
	病名		受給者証有効期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	1割 2割 3割	ア・イ・ウ エ・オ・I II・III・IV V・VI
	自己負担上限額	月額 円	保険種別	協・組・共・国・後・ 国組・その他()		
医指 療機 関定	医療機関名称 及び 代表者名	所在地 及び 連絡先 (TEL - -)				
	部署名 及び 担当者名					※部署名だけでなく、記入担当者名も記入してください。

※ 証明者(医療機関)におかれましては、以下6点にご留意くださいますようお願いいたします

- ① 以下の表は、レセプト毎(「診療年月毎」かつ「診療種別毎」)に記載してください。
- ② 記載箇所が足りない場合には片面印刷で複数枚に分けて作成してください。
- ③ 当該月における全ての医療に係るものを上段に、そのうち指定難病の医療に係るものを下段に記入してください。
- ④ 当該月において領収した医療費が、全て指定難病に係る医療費である場合には、「うち指定難病分」欄のみの記載で構いません。
- ⑤ 対象外医療(受給者証有効期間外医療や指定難病でないものに係る医療)費の有無について、「備考」で○を付けてください。
- ⑥ 佐賀県から不明点を確認させていただく場合がございますので、本証明書の写しを発行月の翌月から最低1年間保管してください。

診療年月	診療種別 ※いずれかに○ (入院・通院外来・院外調剤・訪問看護・リハビリ等)	当該受給者の 診療期間	当該診療期間の 総医療費(10割)	当該診療期間の 一部負担金額 (窓口支払額)	処方箋発行 医療機関名 (院外調剤分)	備考 ※該当する方に○を 付けてください
____年 ____月	入院・通院・ 調剤・訪看・ その他()	総診療期間 ____日～____日 うち指定難病分診療期間 ____日～____日	総医療費(10割) ____円 うち指定難病分医療費(10割) ____円	一部負担金総額 ____円 うち指定難病分一部負担金総額 ____円		対象外医療費 【有・無】
____年 ____月	入院・通院・ 調剤・訪看・ その他()	総診療期間 ____日～____日 うち指定難病分診療期間 ____日～____日	総医療費(10割) ____円 うち指定難病分医療費(10割) ____円	一部負担金総額 ____円 うち指定難病分一部負担金総額 ____円		対象外医療費 【有・無】
____年 ____月	入院・通院・ 調剤・訪看・ その他()	総診療期間 ____日～____日 うち指定難病分診療期間 ____日～____日	総医療費(10割) ____円 うち指定難病分医療費(10割) ____円	一部負担金総額 ____円 うち指定難病分一部負担金総額 ____円		対象外医療費 【有・無】
____年 ____月	入院・通院・ 調剤・訪看・ その他()	総診療期間 ____日～____日 うち指定難病分診療期間 ____日～____日	総医療費(10割) ____円 うち指定難病分医療費(10割) ____円	一部負担金総額 ____円 うち指定難病分一部負担金総額 ____円		対象外医療費 【有・無】
____年 ____月	入院・通院・ 調剤・訪看・ その他()	総診療期間 ____日～____日 うち指定難病分診療期間 ____日～____日	総医療費(10割) ____円 うち指定難病分医療費(10割) ____円	一部負担金総額 ____円 うち指定難病分一部負担金総額 ____円		対象外医療費 【有・無】
____年 ____月	入院・通院・ 調剤・訪看・ その他()	総診療期間 ____日～____日 うち指定難病分診療期間 ____日～____日	総医療費(10割) ____円 うち指定難病分医療費(10割) ____円	一部負担金総額 ____円 うち指定難病分一部負担金総額 ____円		対象外医療費 【有・無】