

特定医療費（指定難病）証明書

年 月分

【注意事項】 医療機関の方へ

- この証明書は、特定医療費(指定難病)の支給認定期間の開始日以降で、受給者がすでに支払った医療費のうち、自己負担上限額を超え過払い等が生じている場合(※健康保険による医療費の自己負担割合の差額返金を含みます)にご記入ください。
※支給認定期間外、指定難病以外の医療費も「対象外」の欄に記入をお願いします。(高額限度額の計算のため)
- 証明書は、月ごとに作成してください。また、部署名/記入者名は必ずご記入ください。
- お尋ねの連絡をする場合がございます。ご記入後は必ず医療機関等で控え(コピー)を取っておいてください。
- 『特定医療費(指定難病)分』の医療費とは、特定医療費(指定難病)認定期間内であって、かつ、特定医療費(指定難病)及び当該疾患に付随して発現する傷病に対する医療費です。
- 『受給者からの領収額』とは、受給者が窓口で実際に支払った金額です。実際の支払い内容を正しく記入してください。
※実際は3割負担で計算しているにも関わらず、2割負担で再計算の上記入するなど、実際と異なる証明内容とならないようご注意ください。
6. 受診時に確認された健康保険の保険者名、保険者番号、保険記号・番号、高額限度額の区分は、必ずご記入ください。

受給者番号							受給者氏名	
特定医療費 自己負担限度額	円						特定医療費(指定難病) の認定期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日
診療時における 健康保険情報	保険者名						保険者番号	
	保険記号・番号						高額療養費限度額 適用区分	
	患者負担割合		1割 ・ 2割 ・ 3割				多数回該当 有 ・ 無	

入院分		総医療費(10割：円)	患者自己負担相当額 (1円単位)	受給者からの領収額
全入院期間 日 ~ 日		円	円	円
内 訳	指定難病対象外分 日 ~ 日	円	円	円
	特定医療費(指定難病)分 日 ~ 日	円	円	円

外来分		総医療費(10割：円)	患者自己負担相当額 (1円単位)	受給者からの領収額
内 訳	特定医療費(指定難病)対象外分 受診日 () 日	円	円	円
	特定医療費(指定難病)分 受診日 () 日	円	円	円

【院外処方なし】 ※外来で院外処方がある場合は、該当日付に○、全くない場合は「院外処方なし」に○をつけてください。

介護保険		総医療費(10割：円)	患者自己負担相当額 (1円単位)	受給者からの領収額
介護保険負担割合	1割・2割・3割			
内 訳	特定医療費(指定難病)対象外分 利用日数 日	円	円	円
	特定医療費(指定難病)分 利用日数 日	円	円	円

上記のとおり、相違ないことを証明します。
また患者負担金は受給者より領収済であり、レセプトにより国保連合会又は社会保険支払基金へ公費請求していない
ことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関等 所在地
名称
代表者名
電話番号/FAX
記入者

(部署名)

(記入者名)

特定医療費（指定難病）証明書

記入例

【注意事項】 医療機関の方へ

- この証明書は、特定医療費(指定難病)の支給認定期間の開始日以降で、受給者がすでに支払った医療費の上限額を超え払い等が生じている場合(※健康保険による医療費の自己負担割合の差額返金を含みます)にご記入ください。
※支給認定期間外、指定難病以外の医療費も「対象外」の欄に記入をお願いします。(高額限度額の計算のため)
- 証明書は、月ごとに作成してください。また、部署名/記入者名は必ずご記入ください。
- お尋ねの連絡をする場合がご【注意事項】は必ずお読みください。**
- 『特定医療費(指定難病)分』
及び当該疾患に付随して発生した医療費は、**また、ご記入後は医療機関様において、必ずお控え(コピー)をとっておいてください。**
- 『受給者からの領収額』とは、受給者が窓口で実際に支払った金額です。実際の支払い内容を正しく記入してください。
※実際は3割負担で計算しているにも関わらず、2割負担で再計算の上記入するなど、実際と異なる証明内容とならないようご注意ください。
- 受診時に確認された健康保険の保険者名、保険者番号、保険記号・番号、高額限度額の区分は、必ずご記入ください。

受給者番号	必ず、受給者本人から受給者証の提示を受け、内容を確認後、転記してください。			日
特定医療費 自己負担限度額	病)の認定期間			日
診療時における 健康保険情報	保険者名	保険者番号		
	保険記号・番号	医療機関で確認した、「診療月の健康保険情報」を正確に記入してください。		
	患者負担割合	1割	2割	<input checked="" type="radio"/> 3割
		多数回該当	有	<input checked="" type="radio"/> 無

入院分		総医療費(10割：円)	患者自己負担相当額 (1円単位)	受給者からの領収額
内 訳	※受診時は受給者証が確認できず、保険 単独で計算していた過去の受療内容が、 遡って公費対象の医療費となるか否か ご確認の上、「公費対象外」分「特定医療 費(指定難病)」分を分けて記入してくだ さい。 (指定難病分は認定日以降の医療費に限 ります。) 対象外が発生せず、全て公費対象とな る場合は、「対象外」欄の各項目には“0 円”と記入してください。	220,000 円	66,000 円	57,600 円
		120,000 円	36,000 円	36,000 円
		100,000 円	30,000 円	21,600 円

特定医療費(指定難病)対象外分		総医療費(10割：円)	患者自己負担相当額 (1円単位)	受給者からの領収額
内 訳	受診日 (12 <input checked="" type="radio"/> 15)	3,150 円	945 円	950 円
	特定医療費(指定難病)分 受診日 (<input checked="" type="radio"/> 13 <input checked="" type="radio"/> 20 23)	12,250 円	3,675 円	3,680 円
	【 <input checked="" type="radio"/> 院外処方なし】 ※外来で院外 処方	対象外で(3割分)36,000円かかっているため、全体の領収額より 対象外を差し引いた21,600円が特定医療費分になります。		

介護保険		総医療費(10割：円)	患者自己負担相当額 (1円単位)	受給者からの領収額
内 訳	特定医療費(指定難病)対象外分 利用日数 日			
	特定医療費(指定難病)分 利用日数 3日	33,220 円	3,322 円	3,322 円

上記のとおり、相違ないことを証明します
また患者負担金は受給者より領収済であることを証明します。

令和 年 月 日

医療機関等 在 地

日付も忘れない
ように記入してく
ださい。

記 入 者

この証明書は、「公費を適用せずに計算・徴収した」場合に記入するものであり
『レセプトにより国保連合会及び支払基金へ公費請求していない』ことを証明する
ものとなっています。医療機関にて会計保留などで遡ってまとめて計算する
場合等において公費を適用した場合は、証明書ではなく、受給者へ「特定医療費
(指定難病)自己負担上限額管理票」の提示を求めた上で、難病分として自己負
担上限額管理票へ記載してください。

押印は不要ですが、部署名、記入者名は必ず記入してください。

(部署名)

(記入者名)