

○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。**
○証明が3箇月を超える場合又は、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

受給者番号								受給者氏名	
受給者証の有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで								
健康保険 種別 負担割合			診療年月 (総点数) (患者負担額)		診療実日数		保険診療点数		患者負担額
社 保 国 保 前期高齢 後期高齢 介護保険	割 割 割 割	年 月 分 (※1 点) (※2 円)	入院	日間	点	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 国 保 前期高齢 後期高齢 介護保険	割 割 割 割	年 月 分 (※1 点) (※2 円)	入院	日間	点	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 国 保 前期高齢 後期高齢 介護保険	割 割 割 割	年 月 分 (※1 点) (※2 円)	入院	日間	点	円			
			通院	日	点	円			
			薬局	日	点	円			
			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（ ） 所在地 名称 代表者 印 問合せ先（ ）－									

- 指定医療機関の皆様へ（裏面もあります。）
- 1 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箇月の総点数を、※2に1箇月の総患者負担額を御記入ください。）
 - 2 入院時の食事療養費及び生活療養費は対象外となります。
 - 3 介護保険サービスの証明の場合は、備考欄に地域単価（5級地 10.70円など）を御記入ください。
 - 4 証明印は、病院等の印ではなく、必ず代表者印を押印してください。
 - 5 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」にその旨を記入のうえ、「患者負担額」欄には当該助成適用後の患者負担額を御記入ください。
 - 6 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。

【裏面】

指定医療機関の皆様へ

【対象医療】

特定医療費（指定難病）として認定された疾患やその疾患に附随して発生する傷病に対する治療、投薬に対する部分で保険適用となっているもの

当該治療を行うために必要となる初診料、再診料、検査料、入院料、薬剤料、介護保険サービス利用料等及び当該治療を継続するために必要な治療費

- 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。
指定医療機関ではない医療機関は記入できません。
- 特定医療（指定難病）に係る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に患者が自己負担された分のみを御記入ください。
- 証明が3箇月を超える場合又は、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。
- 入院時の食事療養費及び生活療養費は対象外となります。
- 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、又は代表者の印の個人印）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 京都市（5級 10.70 円など）を御記入ください。
- 書類に何か不備があった場合は、申請者又は医療機関に返送させていただきます。

【記入例】

健康保険 種別 負担割合		診療年月 (総点数) (患者負担額)	診療実日数		保険診療点数	患者負担額
社 保 国 保 前期高齢 後期高齢 介護保険	3割 割 割 割 割	令和○年 4 月分 (○○○○点) (△△△△円)	入院	10 日間	○○○○○点	○○○○○円
			通院	2 日	×××点	×××円
			薬局	日	点	円
			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 1割	令和○年 5 月分 (○○○○点) (△△△△円)	入院	日間	点	円
			通院	日	点	円
			薬局	日	点	円
			介護保険 サービス	2 日	×××単位	×××円
備考欄						
○年△月から、重度心身障害者医療を適用 地域単価 5級地 10.70円						