

○必要枚数をコピーし、指定医療機関（病院、診療所、薬局、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。

～指定医療機関の方へ～
裏面記入例をご覧ください、
太枠内のみ記入してください。

特定医療費（指定難病）証明書

*医療費決定額	百万	十万	万	千	百	十	円
(大阪府記入欄)							

受診者氏名		受診疾患名	
受給者番号		受給者証有効期間	年 月 日～ 年 月 日

診療月	保険負担割合	区分	診療実日数	保険診療点数・単位	自己負担額	*大阪府記入欄		
年 月 分	社保 国保 後期 割	入院	入院期間	月 日 ～ 月 日	※食費は備考欄を確認してください。		*	
			(総日数)	日	(総点数)	点		(総額)
			難病公費対象分	日	難病公費対象分	点	難病公費対象分	円
	介護 地域単価 割	介護	(総日数)	日	(総点数)	点	(総額)	円
			難病公費対象分	日	難病公費対象分	点	難病公費対象分	円

※受給者証有効期間内の診療について記入してください。自己負担額は、受診者が窓口で実際に支払った金額を記入してください。

年 月 分	社保 国保 後期 割	入院	入院期間	月 日 ～ 月 日	※食費は備考欄を確認してください。		*	
			(総日数)	日	(総点数)	点		(総額)
			難病公費対象分	日	難病公費対象分	点	難病公費対象分	円
	介護 地域単価 割	介護	(総日数)	日	(総点数)	点	(総額)	円
			難病公費対象分	日	難病公費対象分	点	難病公費対象分	円

※受給者証有効期間内の診療について記入してください。自己負担額は、受診者が窓口で実際に支払った金額を記入してください。

年 月 分	社保 国保 後期 割	入院	入院期間	月 日 ～ 月 日	※食費は備考欄を確認してください。		*	
			(総日数)	日	(総点数)	点		(総額)
			難病公費対象分	日	難病公費対象分	点	難病公費対象分	円
	介護 地域単価 割	介護	(総日数)	日	(総点数)	点	(総額)	円
			難病公費対象分	日	難病公費対象分	点	難病公費対象分	円

※受給者証有効期間内の診療について記入してください。自己負担額は、受診者が窓口で実際に支払った金額を記入してください。

備考	<事務処理欄>
<p>※他の公費が適用された医療費は対象外となります。適用されている場合は、参考に公費名及び金額を記入してください。</p> <p>※高額療養費の適用がある場合は、適用区分等を記入してください。</p> <p>※食費の助成対象は平成29年12月31日までの経過措置対象者及び生活保護等の受給者のみです。</p>	

上記のとおり領収したことを証明する。

記入日

指定医療機関コード							
※証明は指定医療機関に限る							

年 月 日

名称	記入者氏名
代表者	所属
電話番号	連絡先（内線）