

○指定医療機関の方へ

助成の対象は、特定医療（受給者証有効期間内に指定医療機関で提供される指定難病に対する保険診療）のみです。

1 特定医療以外の医療又は介護は助成の対象外となります。

2 医療機関ごとに記入してください（必要に応じてコピーしてください）。

3 訂正が生じた場合は、誤った部分に——（二重取消線）を引き、その付近に訂正した文言を記入してください。

4 証明書の内容で不明な点がある場合、記入された方に確認させていただきます。

また、証明書に記載不備がある場合、請求者または医療機関へ返送させていただくことがあります。

～請求者様へ～

○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～
裏面記入例をご覧いただき、
全項目を記入してください。

特定医療費（指定難病）証明書

【54・指定難病償還払い用】
* 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		大阪 花子		受診疾患名		パークソン病		* 大阪府記入欄																																																															
受給者番号		1234567		受給者証有効期間		X年6月10日～X年12月31日																																																																	
X年6月分	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(実際の領収額)																																																																	
	社保 国保 3割 後期割 高額療養費適用区分 〔工〕	入院	6月13日～6月16日	※食費や保険外の支払いは含みません。	総日数 4日 総点数 19,262 点	領収額 57,600 円	*																																																																
		通院 薬局 訪問	うち 難病分	4日	うち 難病分 19,262 点	うち 難病分 57,600 円	*																																																																
	介護 割 地域単価 円	介護	総日数	日	総単位または円	領収額	円																																																																
			うち 難病分	日	うち 難病分	うち 難病分	円	*																																																															
X年6月分	入院期間	6月17日～6月18日	※食費や保険外の支払いは含みません。	総日数 2日 総点数 8,000 点	領収額 24,000 円	*																																																																	
	社保 3割 国保 後期割 高額療養費適用区分 〔工〕	入院	うち 難病分	2日	うち 難病分 8,000 点	うち 難病分 24,000 円	*																																																																
		通院 薬局 訪問	うち 難病分	2日	うち 難病分 3,270 点	うち 難病分 9,000 円	*																																																																
	介護 割 地域単価 円	介護	総日数	日	総単位または円	領収額	円																																																																
			うち 難病分	日	うち 難病分	うち 難病分	円	*																																																															
X年8月分	入院期間	月 日～月 日	※食費や保険外の支払いは含みません。	総日数 日 総点数 点	領収額 円	*																																																																	
	社保 3割 国保 後期割 高額療養費適用区分 〔工〕	入院	うち 難病分	日	うち 難病分	うち 難病分	*																																																																
		通院 薬局 訪問	うち 難病分	3日	うち 難病分 10,960 点	うち 難病分 1,500 円	*																																																																
				1日	うち 難病分 2,075 点	うち 難病分 500 円	*																																																																
	介護 割 地域単価 円	介護	総日数	日	総単位または円	領収額	円																																																																
			うち 難病分	日	うち 難病分	うち 難病分	円	*																																																															
備考 ・X年6月外来 1,000点、3,000円で会計後、270点増点し、患者からは追徴していないため ・X年8月 主保険+重度障がい者医療適用(2者併用) ※「自己負担額」は、受診者から実際に領収している金額（保険適用外は除く）を記入してください。 ※「保険負担割合」の欄に、高額療養費制度の適用区分を記入してください。 ※通常の点数計算と領収金額が相違する場合、理由をご記入ください。 ※難病以外の公費を利用している場合、併用した公費をすべてご記入ください。（例 難病+重度障がい、重度障がいのみ等） ※訪問看護の場合、点を円に読み替えてください。 上記のとおり領収したことを証明する。																																																																							
記入日 XXXX年○月△日																																																																							
<table border="1"><tr><td>指定医療機関コード</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr><tr><td>※証明は指定医療機関に限る</td><td colspan="7"></td></tr><tr><td>名称</td><td colspan="7">甲山記念病院</td></tr><tr><td>代表者</td><td colspan="7">甲山乙男</td></tr><tr><td>電話番号</td><td colspan="7">06-1234-5678</td></tr><tr><td>記入者氏名</td><td colspan="7">丙川丁子</td></tr><tr><td>所属</td><td colspan="7">医事課</td></tr><tr><td>連絡先（内線）</td><td colspan="7">06-1234-5678(901)</td></tr></table>								指定医療機関コード	1	2	3	4	5	6	7	※証明は指定医療機関に限る								名称	甲山記念病院							代表者	甲山乙男							電話番号	06-1234-5678							記入者氏名	丙川丁子							所属	医事課							連絡先（内線）	06-1234-5678(901)						
指定医療機関コード	1	2	3	4	5	6	7																																																																
※証明は指定医療機関に限る																																																																							
名称	甲山記念病院																																																																						
代表者	甲山乙男																																																																						
電話番号	06-1234-5678																																																																						
記入者氏名	丙川丁子																																																																						
所属	医事課																																																																						
連絡先（内線）	06-1234-5678(901)																																																																						

※指定医療機関の方へ ご不明な点は 06-6941-0351（内線2588）までご連絡ください。

※証明書の記載方法に関するお問い合わせ先

大阪府健康医療部保健医療室地域保健課 難病認定グループ 償還払い担当

電話 06-6941-0351（内線 2588）FAX 06-6941-6606

○受診者氏名、受診疾患名、受給者番号、受給者証有効期間は、医療機関にて必ず記入してください。

○加入保険及び負担割合、高額療養費制度の適用区分を記入してください。

○日数、点数、自己負担額
有効期間開始日が月途中である場合や、助成対象外の診療がある場合は、総日数、総点数及び窓口で実際に領収した金額（保険外は除く）を記入してください。

「うち 難病分」には、特定医療の対象となる診療のみ記入してください。

※医科・歯科は分けて記入してください。
※月途中で保険変更がある場合は、分けて記入してください。

○食費（食事療養費）
対象者は生活保護等受給者のみです。

○処方箋発行医療機関名を記入して下さい。（薬局のみ）

○他公費の適用
適用がある場合、適用公費名を記入してください。

○その他、特に記入が必要な場合は備考欄に記入してください。

○代表者

代表者について記名してください。
(薬局の場合、管理薬剤師でも可)。

○不明点について、確認させていただきますので、記入者欄（記入日、記入者氏名、所属、連絡先）を必ず記入してください。