

～指定医療機関の方へ～

裏面記入例をご覧ください、
全項目を記入してください。

特定医療費（指定難病）証明書

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

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(実際の領収額)	* 大阪府記入欄				
年 月 分	社保 割 国保 割 後期 割 高額療養費 適用区分 () 介護 割 地域単価 円	入院	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			
			うち 難病分	日	うち 難病分	点	うち 難病分		円			
			通院 薬局 訪看	総日数	日	総点数	点		領収額	円		
				うち 難病分	日	うち 難病分	点		うち 難病分	円		
				【処方箋発行医療機関名】								
		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				
			年 月 分	社保 割 国保 割 後期 割 高額療養費 適用区分 () 介護 割 地域単価 円	入院	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	
うち 難病分	日	うち 難病分				点	うち 難病分	円				
通院 薬局 訪看	総日数	日				総点数	点	領収額	円			
	うち 難病分	日				うち 難病分	点	うち 難病分	円			
	【処方箋発行医療機関名】											
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				
	年 月 分	社保 割 国保 割 後期 割 高額療養費 適用区分 () 介護 割 地域単価 円			入院	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	
うち 難病分			日	うち 難病分		点	うち 難病分	円				
通院 薬局 訪看			総日数	日		総点数	点	領収額	円			
			うち 難病分	日		うち 難病分	点	うち 難病分	円			
			【処方箋発行医療機関名】									
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							< 事務処理欄 >		
			※「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					
指定医療機関コード								年 月 日				
※証明は指定医療機関に限る												
名称				記入者氏名								
代表者				所属								
電話番号				連絡先（内線）								