

～請求者様へ～

【54・指定難病償還払い用】

○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

* 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 国保 後期 高額療養費 適用区分 〔 〕 介護 割 地域単価 円	割 割 割 〔 〕 介護 割 地域単価 円	入院 通院 薬局 訪看 【処方箋発行医療機関名】	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
				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
				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 国保 後期 高額療養費 適用区分 〔 〕 介護 割 地域単価 円	割 割 割 〔 〕 介護 割 地域単価 円	入院 通院 薬局 訪看 【処方箋発行医療機関名】	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
				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
				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 国保 後期 高額療養費 適用区分 〔 〕 介護 割 地域単価 円	割 割 割 〔 〕 介護 割 地域単価 円	入院 通院 薬局 訪看 【処方箋発行医療機関名】	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
				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
				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>			
<p>※「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。</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							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）									

※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。