

診療報酬等領収証明書

特定医療費(指定難病)申請用

フリガナ				加入医療保険 ○をつけてください	国保・社保・国組・後期・介護
受給者氏名				主保険の自己負担割合 ○をつけてください	1割・2割・3割
生年月日	年	月	日		
特定医療(指定難病) 公費負担者番号	5	4	3	3	高額療養費 適用区分 ※適用の有無にかかわらず記入してください。
特定医療(指定難病) 受給者番号					高額療養費 限度額 円 ※適用していない場合は記入の必要はありません。
診療日	診療区分	(A) 保険診療等総額(10割)		(B) 患者負担額 (窓口で支払った金額)	公費対象額 (岡山市記載欄)
年 月分 日～ 日	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> その他( )	診療総額	円		円
		上記のうち 難病医療費	円		
年 月分 日～ 日	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> その他( )	診療総額	円	円	円
		上記のうち 難病医療費	円		
年 月分 日～ 日	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> その他( )	診療総額	円	円	円
		上記のうち 難病医療費	円		
年 月分 日～ 日	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> その他( )	診療総額	円	円	円
		上記のうち 難病医療費	円		
(C) 指定難病支給認定が開始した月に、有効期間開始前の診療がある場合は、下の枠内を記入してください。			(D) 窓口支払時に指定難病以外の制度の限度額を適用した場合は、下の枠内を記入してください。		
診療日	診療区分	開始前保険診療総額(10割)		適用した制度	限度額
年 月分 日～ 日	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> その他( )	入院( )円	外来( )円	<input type="checkbox"/> 心身障害(80) <input type="checkbox"/> 特定疾病療養(7割長) <input type="checkbox"/> 更生医療 <input type="checkbox"/> その他( )	( ) 円
【備考欄】					
上記のとおり証明します。					
年 月 日			医療機関コード _____		
所在地					
医療機関の名称					
代表者名 _____			印 _____		

【記載時の注意事項】

- ・(A)保険診療等総額の欄には、特定医療費(指定難病)の認定期間内の医療費及び薬剤一部負担額、又は介護保険制度に基づくサービス費のみ記入してください。
- ・対象となる介護サービス:(介護予防)訪問看護・(介護予防)訪問リハビリテーション・(介護予防)居宅療養管理指導・介護療養施設サービス
- ・介護サービスの証明の場合は、備考欄に地域単価(7級地〇〇円など)を記入してください。
- ・受給者証の自己負担上限額管理票への記入は必要ありません。
- ・自己負担上限月額に達しない場合でも証明してください。(他の指定医療機関と合算するためなどに必要です。)

裏面の記入例もご確認ください。

記入例

※証明書は医療機関ごとに作成してください。領収書での代用はできません。

フリガナ	カマ タウ		加入医療保険 ○をつけてください	国保・ <b>社保</b> ・国組・後期・介護							
受給者氏名	岡山 太郎										
生年月日	昭和 ○○年 ○月 ○日		主保険の自己負担割合 ○をつけてください	1割・2割・ <b>3割</b>							
特定医療(指定難病) 公費負担者番号	5	4	3	3	7	0	1	9	高額療養費 適用区分	<b>Ⅰ</b>	※適用の有無にかかわらず記入してください。
特定医療(指定難病) 受給者番号	0	1	2	3	4	5	6	高額療養費 限度額	<b>57,600</b>	円	※適用していない場合は記入の必要はありません。
診療日	診療区分		(A) 保険診療等総額(10割)	(B) 患者負担額 (窓口で支払った金額)	公費対象額 (岡山市記載欄)						
同月、同一区分の診療はまとめて記入可能。											
R7年5月分 7日~10日	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> その他( )		<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪看		診療総額 円		57,600		円		
		上記のうち 難病医療費		200,000		円					
R7年5月分 12日~31日	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> その他( )		<input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪看		診療総額 円		3,000		円		
		上記のうち 難病医療費		10,000		円					
R7年6月分 1日~30日	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> その他( )		<input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪看		診療総額 円		36,000		円		
		上記のうち 難病医療費		100,000		円					
受給者証の有効期間: R7.5.7~ 入院期間: R7.5.1~R7.5.10 の場合、 R7.5.1~R7.5.6 診療分は(C)開始前診療額欄に、 R7.5.7~R7.5.10 診療分は(A)保険診療等総額欄に記入。					診療総額(上段)、難病医療費(下段)ともに 10割の金額を記入してください。 内訳が難病医療費のみの場合は、診療総 額は空欄で構いません。						
(C) 指定難病支給認定が開始した月に、有効期間開始前の 診療がある場合は、下の枠内を記入してください。					(D) 窓口支払時に指定難病以外の制度の限度額を 適用した場合は、下の枠内を記入してください。						
診療日	診療区分		開始前保険診療総額(10割)		適用した制度		限度額				
R7年5月分 1日~6日	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> その他( )		<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪看		入院( 100,000 )円 外来( )円		□心身障害(80) □特定疾病療養(マル長) □更生医療 □その他( )		( ) 円		
【備考欄】											
上記のとおり証明します。											
支給認定開始月の医療費が、明らかに償還払いの対象ではない場合(有効期間途中の 上限額変更や受給者証の持参忘れなど)は、(C)開始前診療額欄は記入不要です。											
令和○年 ○月 ○日											
医療機関コード ○○, ○○○, ○											
所在地 岡山市北区鹿田町1丁目1-1											
医療機関の名称 岡山A病院											
代表者名 岡山 次郎											
岡山A病院 印											

上記の証明書記入例に記載された金額を基に、  
5月分入院医療費の計算を図式化したものです。  
(難病の自己負担上限額は10,000円とする。)

