

特定医療費(指定難病)証明書

受給者氏名		受給者番号	
受給者証有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	自己負担上限額	円

医療機関証明部分						※事務処理使用欄				
診療年月	健康保険等負担割合	区分	診療期間	総医療費(点)	領収額(円)	高額療養制度での自己負担限度額又は付加給付額	月額自己負担額・2割負担額	決定額 (A又はBの小さい方から、Cの小さい方を引く) A-C または B-C		
					A	B	C			
年 月	3割 2割 1割 高額療養費適用	通院	外来、調剤・訪問看護等 (/)(/)(/)(/)	(注1)	点	円	円	自己負担額 ()		
			全入院期間(日 ~ 日)		(注2)	点	円	円	2割負担額 ()	
		入院	指定難病分 日 ~ 日	計	(指定難病分のみ)	(指定難病分のみ)	点	円	円	円
					日					
年 月	3割 2割 1割 高額療養費適用	通院	外来、調剤・訪問看護等 (/)(/)(/)(/)	(注1)	点	円	円	自己負担額 ()		
			全入院期間(日 ~ 日)		(注2)	点	円	円	2割負担額 ()	
		入院	指定難病分 日 ~ 日	計	(指定難病分のみ)	(指定難病分のみ)	点	円	円	円
					日					
年 月	3割 2割 1割 高額療養費適用	通院	外来、調剤・訪問看護等 (/)(/)(/)(/)	(注1)	点	円	円	自己負担額 ()		
			全入院期間(日 ~ 日)		(注2)	点	円	円	2割負担額 ()	
		入院	指定難病分 日 ~ 日	計	(指定難病分のみ)	(指定難病分のみ)	点	円	円	円
					日					
年 月	3割 2割 1割 高額療養費適用	通院	外来、調剤・訪問看護等 (/)(/)(/)(/)	(注1)	点	円	円	自己負担額 ()		
			全入院期間(日 ~ 日)		(注2)	点	円	円	2割負担額 ()	
		入院	指定難病分 日 ~ 日	計	(指定難病分のみ)	(指定難病分のみ)	点	円	円	円
					日					

※医療機関証明欄(太枠の部分)のみご記入ください。
 (注1) 通院欄は、指定難病にかかる合計の診療点数(総医療費)と領収額をご記入ください。
 (注2) 全入院期間欄は、指定難病に関わらず入院期間に支払った合計の診療点数(総医療費)と金額をご記入ください。

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

熊本市長 大西 一史 様

医療機関 所在地
 名称
 代表者

(担当者)
 (電話番号)

