

# 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
					<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	
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 ( )	円
		入院	全入院期間( 日 ~ 日 )		(注2) 点	円	2割負担額 ( )	円
			指定難病分 日 ~ 日	計 日	(指定難病分のみ) 点	(指定難病分のみ) 円		
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 ( )	円
		入院	全入院期間( 日 ~ 日 )		(注2) 点	円	2割負担額 ( )	円
			指定難病分 日 ~ 日	計 日	(指定難病分のみ) 点	(指定難病分のみ) 円		
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 ( )	円
		入院	全入院期間( 日 ~ 日 )		(注2) 点	円	2割負担額 ( )	円
			指定難病分 日 ~ 日	計 日	(指定難病分のみ) 点	(指定難病分のみ) 円		
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 ( )	円
		入院	全入院期間( 日 ~ 日 )		(注2) 点	円	2割負担額 ( )	円
			指定難病分 日 ~ 日	計 日	(指定難病分のみ) 点	(指定難病分のみ) 円		

※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。

年 月 日

熊本市長 様

医療機関 所在地  
名称  
代表者

(担当者)  
(電話番号)

