

特定医療費(指定難病)証明書

受給者氏名	熊本 太郎	受給者番号	0000000
受給者証有効期間	×0年1月10日 ~ ×0年9月30日	自己負担上限額	10000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)	自己負担額	2割負担額	自己負担額	
×0年1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)					
			全入院期間(1日~30日)	(注2)	40000点	57600円			
		入院	指定難病分 10日~31日	計	(指定難病分のみ)	(指定難病分のみ)			
				22日	30000点	43200円	円	円	
×0年2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 (2/15)(/)(/)(/)	(注1)	500点	1500円	円	自己負担額 ()	
			全入院期間(1日~10日)	(注2)	30000点	57600円	円	2割負担額 ()	
		入院	指定難病分 1日~10日	計	(指定難病分のみ)	(指定難病分のみ)			
				10日	30000点	57600円	円	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 ()	
			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)			
				日	点	円	円	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 ()	
			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)			
				日	点	円	円	円	

自費・食事代は含めない

入院期間に公費対象外がある場合で、高額療養費の金額に日割り計算が生じる場合は
高額療養費の限度額 × (指定難病分のみの総医療費点数 ÷ 全入院期間の総医療費点数) で算出してください。

※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

担当者名、電話番号も

印

(担当者)
(電話番号)