

特定医療費(指定難病)証明書

| | | | | | |
|--------------|--------|-------|---------|------|---|
| 受給者氏名 | | 受給者番号 | | 適用区分 | |
| 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 B | 月額自己負担額・2割負担額 C | 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 |
|--------|---------------------------|----------|-------------------------------------|-------------|----------------|------------------------------------|------------------------------|---|
| 年 月 | 3割 2割 1割 高額療養費適用 | 通院 入院 | 外来、調剤・訪問看護等 (/)(/)(/)(/) | (注1) 点 | 円 | 円 | 自己負担額 () 2割負担額 () | 円 |
| | | | 全入院期間(____日～____日) | (注2) 点 | 円 | 円 | | 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 入院 | 外来、調剤・訪問看護等 (/)(/)(/)(/) | (注1) 点 | 円 | 円 | 自己負担額 () 2割負担額 () | 円 |
| | | | 全入院期間(____日～____日) | (注2) 点 | 円 | 円 | | 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 入院 | 外来、調剤・訪問看護等 (/)(/)(/)(/) | (注1) 点 | 円 | 円 | 自己負担額 () 2割負担額 () | 円 |
| | | | 全入院期間(____日～____日) | (注2) 点 | 円 | 円 | | 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 入院 | 外来、調剤・訪問看護等 (/)(/)(/)(/) | (注1) 点 | 円 | 円 | 自己負担額 () 2割負担額 () | 円 |
| | | | 全入院期間(____日～____日) | (注2) 点 | 円 | 円 | | 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。

【備考】 例) 難病対象外200点分控除やレセ修正あり100点減点本人への返金なし等

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

医療機関コード

医療機関

所在地

名称

代表者

電話番号

記入者氏名

所属

内線

※必ずご記入ください。

裏面もご確認ください

(問い合わせの際に必要となります)

指定医療機関の皆さんへ

- 特定医療費(指定難病)の証明書は、特定医療費(指定難病)受給者証に記載されている疾病について受給者証の有効期間の範囲内で入院、通院に分けて証明してください。(指定難病以外の医療がある場合は、指定難病に係る医療費のみご記入ください。また、領収額には保険適用分のみご記入ください。(自費、食事代等は含まない)
- 医療費助成の対象は、指定医療機関で提供された特定医療費(指定難病)のみです。指定医療機関ではない医療機関は証明しないでください。
- 介護保険サービスの証明の場合は、「点」を「単位」と読み替えてご記入ください。
- 公費併用レセプト等により医療費助成額を請求しているものは重複請求となるため、証明の必要はありません。(重度心身障がい者医療費助成、ひとり親医療費助成、子ども医療費助成を利用した医療費請求分も含む)
- 変更届により自己負担上限額が減額された場合の証明も必要ありません。(自己負担上限額管理票に記載があるため)
- 証明書と領収書の点数等に違いがある場合は、備考欄に理由等をご記入ください。

※ ご不明な点は096-364-3300 医療対策課 までおたずねください。

【記入例】

| | | | | | |
|----------|-------------------------|---------|---------|------|--------|
| 受給者氏名 | 熊本 太郎 | 受給者番号 | 0000000 | 適用区分 | 工 |
| 受給者証有効期間 | ×〇年 1月 10日 ~ ×〇年 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) | 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。 | 2割負担額() | 自己負担額() |
| ×〇年 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 (/)(/)(/)(/) | A 自費・食事代は含めない | 点 円 | 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。 2割負担額() 自己負担額() | 2割負担額() 自己負担額() | |
| | | | 全入院期間(1 日 ~ 31 日) | (注2) 40000点 | 57600円 | | | |
| | | 入院 | 指定難病分 10 日 ~ 31 日 | 計 22日 | (指定難病分のみ) 30000点 | (指定難病分のみ) 43200円 | | |
| | | | 外来、調剤・訪問看護等 (2/15)(/)(/)(/) | (注1) 500点 | 1500円 | | | |
| ×〇年 2月 | 3割 2割 1割 高額療養費適用 | 通院 | 全入院期間(1 日 ~ 10 日) | (注2) 30000点 | 57600円 | 自己負担額() 2割負担額() | 自己負担額() 2割負担額() | |
| | | | 指定難病分 1 日 ~ 10 日 | 計 10日 | (指定難病分のみ) 30000点 | (指定難病分のみ) 57600円 | | |