

医療費等証明書

特定医療費(指定難病)支給認定申請用

※この証明書を使って償還払いの請求を行うことはできません。

受 診 者	住 所	生年月日 明治 大正 昭和 平成	年	月	日
	(フリガナ) 氏 名				
	保険種別	国保・退職・国組・協会・組合・共済・後期・その他	自己負担割合 _____ 割		

上記の者に対する、指定難病の医療費・介護給付費は次のとおりであることを証明します。

令和 年 月 日

医療機関 所 在 地

名 称

氏 名

印

診療月	入院・入院外の別等	総診療点数等	(指定難病分診療点数等)
年 月 分	入院	医療費	(日 点)
	入院外	医療費・調剤	(日 点)
		基本利用料	円 円
年 月 分	入院	医療費	(日 点)
	入院外	医療費・調剤	(日 点)
		基本利用料	円 円
年 月 分	入院	医療費	(日 点)
	入院外	医療費・調剤	(日 点)
		基本利用料	円 円
年 月 分	入院	医療費	(日 点)
	入院外	医療費・調剤	(日 点)
		基本利用料	円 円

※記入方法については必ず裏面をご覧ください。

○医療機関の方へ

◆この証明書は、患者さんが特定医療費の支給認定申請書に添付する資料として使用するものです。

医療費の払い戻し(償還払い)のために証明書を作成する場合にはこの様式は使用せず、専用の様式「特定医療費(指定難病)等証明書」をお使いください。

- 1 記載に当たっては診療月ごと、入院・入院外ごとに証明してください。院内処方^①の保険調剤については各入院・入院外に含めて記入してください。
- 2 「総診療点数等」欄には、月の総診療点数を記入してください。
- 3 「(指定難病分診療点数等)」欄には、指定難病の治療に該当する診療点数を記入してください。指定難病以外の治療については対象外となります。(指定難病に付随して発現する傷病は対象となります。)
- 4 介護保険の介護療養施設サービス費については、入院の欄に記入してください。
また、居宅療養管理指導費、訪問リハビリテーション費及び訪問看護費については「入院外」の「基本利用料」欄に単位数及び金額を記入し、行ったサービス名を「医療費・調剤」欄に記入してください。
なお、医療保険の入院と介護保険の介護療養型施設サービスを同一月に行った場合は、「入院」欄の上段に医療保険分、下段に介護保険分を記入(2段書き)してください。

問い合わせ先 山梨県 福祉保健部 健康増進課
母子保健・難病担当 055-223-1496