

○必要枚数をコピーし、指定医療機関（病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション）ごとに記入してもらってください。

～指定医療機関の方へ～  
裏面記入例をご覧ください、全項目  
を記入してください。  
1か月ごとに別葉としてください。

# 特定医療費（指定難病）支払証明書

受診者氏名				受診疾患名					
受給者番号				受給者証有効期間	年	月	日～年	月	日
保険種別	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 協会 <input type="checkbox"/> 健組 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 船保 <input type="checkbox"/> 国組 <input type="checkbox"/> 国退 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> その他（ ）			自己負担割合	医	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割 <input type="checkbox"/> その他		
		介	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割 <input type="checkbox"/> その他						
※特定医療（指定難病）の治療にかかった経費についてのみ記載してください。 ※通院の医療費総額については、医療保険と介護保険の別を記載してください。 ※自己負担額については、医療費等に食事療養費を含めないでください。 ただし、生活保護受給者で食事療養費がある場合は、記入欄(注)に記載してください。						適用区分			

診療月	区分	診療日数	医療費総額 (薬剤費含む) (特定医療(指定難病)の診療分) 【A】	保険等負担額 (高額療養費等を含む) 【B】	自己負担額 【A】 - 【B】 ※食事療養費を含めないでください
年	入院	日	円	高額療養費適用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 円	(注)生活保護受給者で食事療養費がある場合に記入してください。 円
	通院 薬局 訪看 介護	日	円	高額療養費適用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 円	円

他の公費の適用状況	公費の名称	適用年月	自己負担額	<事務処理欄>
			年 月	
		年 月	円	

※「自己負担額」は、受診者が窓口で実際に支払った金額を記入してください。  
 ※他の公費が適用された医療費は対象外となります。適用されている場合は、公費名及び金額を記入してください。  
 ※高額療養費の適用がある場合は、適用区分等を記入してください。

上記のとおり証明する。

記入日

指定医療機関名

年 月 日

所在地

記入者(担当者)氏名

代表者名

印

所属

電話番号

連絡先(内線)

(県記入欄)

※医療費決定額

百万 十万 万 千 百 十 円

○指定医療機関の方へ

助成の対象は、**特定医療（受給者証有効期間内に指定医療機関で提供される指定難病に対する保険診療）**のみです。

1. 特定医療以外の医療又は介護は助成の対象外となります。
2. 医療機関ごとに記入してください（必要に応じてコピーしてください）。
3. 証明書の内容で不明な点がある場合、記入された方に確認させていただきます。
4. 自己負担上限額に達しない場合でも証明してください（他の指定医療機関分と合算するために必要です）。

～請求者様へ～

【54・指定難病償還払い用】

○必要枚数をコピーし、指定医療機関（病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション）ごとに記入してもらってください。

～指定医療機関の方へ～  
裏面記入例をご覧ください、  
全項目を記入してください。

特定医療費（指定難病）支払証明書

受診者氏名 徳島 太郎	受診疾患名 パーキンソン病				
受給者番号 1234567	受給者証有効期間 X年 10月 1日 ~ Y年 9月 30日				
保険種別 <input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	自己負担割合 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input checked="" type="checkbox"/> 3割 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割 <input type="checkbox"/> その他				
※特定医療（指定難病）の治療にかかった経費についてのみ記載してください。 ※通院の医療費総額については、医療保険と介護保険の別を記載してください。 ※自己負担額については、医療費等に食事療養費を含めないでください。 ただし、生活保護受給者で食事療養費がある場合は、記入欄(注)に記載してください。					
診療月 X年 11月 分	区分 入院	診療日数 2日	医療費総額(薬剤費含む) (特定医療(指定難病)の診療分) 【A】 60,000円	保険等負担額 (高額療養費等を含む) 【B】 高額療養費適用 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし 42,000円	自己負担額 【A】 - 【B】 ※食事療養費を含めないでください (注)生活保護受給者で食事療養費 がある場合に記入してください 18,000円
診療月 X年 11月 分	区分 ①病院 ②薬局 ③訪問 ④介護	診療日数 3日	医療費総額(薬剤費含む) (特定医療(指定難病)の診療分) 【A】 30,000円	保険等負担額 (高額療養費等を含む) 【B】 高額療養費適用 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし 21,000円	自己負担額 【A】 - 【B】 9,000円
他の公費の適用状況		公費の名称	適用年月	自己負担額	<事務処理用>
			年 月	円	
			年 月	円	
※「自己負担額」は、受診者が窓口で実際に支払った金額を記入してください。 ※他の公費が適用された医療費は対象外となります。適用されている場合は、公費名及び金額を記入してください。 ※高額療養費の適用がある場合は、適用区分等を記入してください。 上記のとおり証明する。		記入日 X年 12月 3日			
指定医療機関名	〇〇病院	所在地	徳島県徳島市万代町〇〇	記入者(担当者)氏名	阿波 次郎
代表者名	阿波 花子	所属	〇〇担当	連絡先(内線)	088-123-0000
電話番号	088-123-4567				
(県記入欄)		百万	十万	万	千
※医療費決定額					

○受診者氏名、受診疾患名、受給者番号、受給者証有効期間は、医療機関にて必ず記入欄に記入してください。

○加入保険及び負担割合、**高額療養費制度の適用区分**を記入してください。

○医療費総額：特定医療（指定難病）の対象となる診療分のみ記入してください。

○保険等負担額：高額療養費等の適用がある場合は、適用後の負担額を記入してください。

○自己負担額：食事療養費を含めないでください。**食事療養費の対象者は生活保護受給者のみ**です。

○通院の医療費総額については、医療保険と介護保険の別を記入してください。

○他の公費の適用がある場合、適用公費名等を記入してください。

○指定医療機関名、所在地、代表者名、電話番号を記入してください。また、代表者の氏名印又は法人印を押印してください。

○不明点について確認させていただきますので、**記入者欄（記入日、氏名、所属、連絡先）を必ず記入**してください。

※指定医療機関の方へ ご不明な点は〇〇保健所088〇〇〇〇〇〇〇〇までご連絡ください。

※支払証明書の記載方法に関するお問合せ先

- ・徳島保健所 (088-602-8906)
- ・美馬保健所 (0883-52-1016)
- ・阿南保健所 (0884-28-9874)
- ・吉野川保健所 (0883-36-9019)
- ・三好保健所 (0883-72-1123)
- ・美波保健所 (0884-74-7373)