

特定医療費（指定難病）証明書

年 月 日

(指定医療機関)

名称

代表者氏名

⑩

〒

所在地

TEL () -

下記の受診者の当指定医療機関に係る特定医療費について、以下のとおり証明いたします。

診療年月	年 月	受診者（患者）氏名		
保険種別 (○で囲む)	健保協会・健保組合・共済・国保・国保組合・ 後期高齢・その他 ()		患者負担割合 (○で囲む)	3割・2割・1割 その他 (割)
高額療養費適用区分 (○で囲む)	ア イ ウ エ オ VI V IV III II I		多数該当 (○で囲む)	あり・なし
診療月日 (期間)		総医療費		患者窓口支払額
		〔 受診者の指定難病に係る医療費 〕		〔 総医療費の額に対する患者支払額 〕
入院	日～日 (日間)			円
	食事療養費	/		円
入院外	日間 () ※診療日を記入する。			円
合計				円
高額療養費の適用		有 ・ 無		難病以外の公費該当
				有 ・ 無
<p>※該当する場合記入してください。</p> <p>・ 院外処方による薬局の場合は、処方箋発行医療機関名 ()</p> <p>・ 訪問看護等の場合は、指示書の発行医療機関名 ()</p>				

記入例

特定医療費（指定難病）証明書

年 月 日

(指定医療機関)

名称 **〇〇病院**

代表者氏名 **院長 山形 花子** 印

〒990-8570

所在地 **山形市松波2-8-1**

TEL (023) 630 - 2330

下記の受診者の当指定医療機関に係る特定医療費について、以下のとおり証明いたします。

診療年月	令和 8 年 3 月	受診者（患者）氏名	山形 太郎
保険種別 (○で囲む)	健保協会 ・健保組合・共済・国保・国保組合・ 後期高齢・その他 ()	患者負担割合 (○で囲む)	3割 ・2割・1割 その他 (割)
高額療養費適用区分 (○で囲む)	ア イ ウ エ オ VI V IV III II I	多数該当 (○で囲む)	あり なし
診療月日 (期間)	総医療費 〔 受診者の指定難病に係る医療費 〕		患者窓口支払額 〔 総医療費の額に対する患者支払額 〕
入院	1 日～ 10 日 (10 日間)	300,000 円	80,430 円
	食事療養費	/	
入院外	2 日間 (3/20 3/25) ※診療日を記入する。	60,000 円	18,000 円
	合計	360,000 円	98,430 円

限度額認定証などにより、高額療養費制度を適用して、受診者へ請求した場合は、「有」に○をお願いします。

指定難病以外の公費を適用して請求されている場合は、「有」に○をお願いします。

高額療養費の適用

有 ・ 無

難病以外の公費該当

有 ・ 無

※該当する場合記入してください。

・ 院外処方による薬局の場合は、処方箋発行医療機関名（*薬局の場合はこちらをご記入ください。）

・ 訪問看護等の場合は、指示書の発行医療機関名（*訪問看護等の場合はこちらをご記入ください。）