

様式第2号（第2条関係）

（その1）

特定医療（指定難病）療養費証明書										
受給者	受給者番号								氏名	
	生年月日	年 月 日								
	保険の種類：	自己負担割合：			割	適用区分：				
※1 医療機関分（明細）（ 年 月分）										
区分	診療実日数	診療日	公費対象点数	患者負担額		備考欄				
入院医療費	日	日から 日まで	( 点 点)	円 高額療養費現物給付制度適用 (有・無)						
外来医療費	日	日から 日まで	( 点 点)	円						
食事療養費 または 生活療養費	日	日から 日まで	(基準額) 円	円						
指定難病（病名： 年 月 日）に係る療養について、上記のとおり領収したことを証明します。 所在地 医療機関 名称 代表者名										
※2 薬局分（明細）（ 年 月分）										
区分	実調剤日数	診療日	公費対象点数	患者負担額		備考欄				
院外処方による薬局分	日	日から 日まで	( 点 点)	円						
指定難病（病名： 年 月 日）に係る療養について、上記のとおり領収したことを証明します。 所在地 薬局 名称 代表者名										
※3 訪問看護ステーション分（明細）（ 年 月分）										
区分	実訪問日数	訪問日	基準額	患者負担額		備考欄				
訪問看護療養費	日	日から 日まで	円	円						
指定難病（病名： 年 月 日）に係る療養について、上記のとおり領収したことを証明します。 所在地 訪問看護ステーション 名称 代表者名										

注1 1か月ごとに作成してください。

2 ※1欄～※3欄は、それぞれの医療機関等において記載してください。

3 医療機関分および薬局分の公費対象点数欄の（ ）内には、該当月の総点数を記載してください。

4 医療機関分の患者負担額欄は、高額療養費現物給付制度適用で限度額を超える場合は、高額療養費の負担限度額を記載してください。

# 記入見本

様式第2号(その1) (医療保険適用分)

<b>特定医療(指定難病)療養費証明書</b> *1か月ごとに作成してください。														
受給者	受給者番号	2	0	0	0	0	0	1	氏名	滋賀 びわ子				
	生年月日	明・大・昭・平 26年 6月 26日												
	保険の種類		国保		自己負担割合		3割		適用区分		Ⅲ			

1か月ごとに1枚ずつ作成してください。

<b>医療機関分(明細)</b> (令和元年 5月分) *医療機関が記入					
区分	診療実日数	診療日	公費対象点数 *( )内は該当月の総点数を記載のこと	患者負担額 *高額療養費現物給付制度適用で限度額を超える場合は負担限度額を記載	備考欄
入院医療費	20日	1日から 20日まで	12500点 (14500点)	43,500円 高額現物給付制度適用(あり・なし)	
外来医療費	3日	21日から 31日まで	2145点 (4145点)	6,440円	
食事療養費 または 生活療養費	15日	6日から 20日まで	(基準額) 37050円	11,700円	※1
指定難病(病名:パーキンソン病)に係る療養について、上記のとおり領収したことを証明します。 令和元年 6月 14日					
医療機関		所在地	滋賀県大津市京町〇丁目〇番〇号		
		名称	△△△診療所		
		代表者名	院長 △村 △子		

診療日は、受給者証の有効期間開始日以降から記載してください。

高額療養費支給対象の場合の公費負担額計算のため、( )内には該当月の総点数を記載してください。公費対象点数と自己負担割合から患者負担額が計算できるように記載してください。

入院に係る患者負担額は、当該月の患者さんの実際の支払い額を記載してください。※1食事療養費および生活療養費は、患者さんの負担になります。(経過措置の対象者を除く)

<b>薬局分(明細)</b> ( 年 月分) *薬局が記入					
区分	実調剤日数	診療日	公費対象点数	患者負担額	備考欄
院外処方による薬局分	日	日から 日まで	点 (点)	円	
指定難病(病名: )に係る療養について、上記のとおり領収したことを証明します。 年 月 日					
薬局		所在地			
		名称			
		代表者名			

院外処方により薬局が領収した場合は、その薬局が記入してください。

高額療養費支給対象の場合の公費負担額計算のため、( )内には該当月の総点数を記載してください。公費対象点数と自己負担割合から患者負担額が計算できるように記載してください。

<b>訪問看護ステーション分(明細)</b> ( 年 月分) *訪問看護ステーションが記入					
区分	実訪問日数	訪問日	基準額	患者負担額	備考欄
訪問看護療養費	日	日から 日まで	円	円	
指定難病(病名: )に係る療養について、上記のとおり領収したことを証明します。 年 月 日					
訪問看護ステーション		所在地			
		名称			
		代表者名			

必ず、特定医療費の対象医療分のみを記載してください。対象となった病名も必ずご記入ください。患者負担額は、実際に領収した金額を記入してください。(10円未満を四捨五入した金額を記載してください。)公費対象点数と自己負担割合から患者負担額が計算できない場合は、必ずその理由を備考欄に記載してください。