

特定医療費(指定難病)等証明書

受 診 者	住所	公費負担者番号 54195011 ・ 54196019	
	(フリガナ)氏名	受給者番号	
	保険種別	国保・退職・国組・協会・組合・共済・後期・その他・重心	自己負担割合 _____割
	有効期限	年 月 日 から 年 月 日 まで	

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。

年 月 日

指定医療機関 所在地
名 称
氏 名

印

金 _____ 円 (窓口支払総額欄の合計額)

内 訳

※食事療養費は経過措置適用者(公費負担番号 54195011)の場合のみ記入

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)	窓口支払総額
年	入院	医療費	日 点 (日 点)	円
		*食事療養費	食× 円= 円(指定難病分のみ)	円
月分	入院外	医療費・調剤	日 点 (日 点)	円
		基本利用料	円	円
年	入院	医療費	日 点 (日 点)	円
		*食事療養費	食× 円= 円(指定難病分のみ)	円
月分	入院外	医療費・調剤	日 点 (日 点)	円
		基本利用料	円	円
年	入院	医療費	日 点 (日 点)	円
		*食事療養費	食× 円= 円(指定難病分のみ)	円
月分	入院外	医療費・調剤	日 点 (日 点)	円
		基本利用料	円	円
年	入院	医療費	日 点 (日 点)	円
		*食事療養費	食× 円= 円(指定難病分のみ)	円
月分	入院外	医療費・調剤	日 点 (日 点)	円
		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。

○指定医療機関の方へ

◆必ず特定医療費(指定難病)受給者証を確認して「受診者」欄の全ての記載をお願いいたします。

- 1 この証明書は、指定難病の治療を受けた患者さんが、医療機関の窓口で支払った療養費を支給するために必要な事項について、医療機関等からの証明をお願いするものです。
したがって、指定難病以外の治療及び特定医療費(指定難病)受給者証の有効期間以外における治療等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も対象となります。)
- 2 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。
なお、同一の医療機関における歯科診療及び歯科診療以外の診療は、それぞれの診療ごとに別の医療機関とみなされるため、診療月が同一でも別々の欄に記入してください。
- 3 「総診療点数等」欄には、月の総診療点数を記入し、「(指定難病分診療点数等)」欄に、指定難病の治療で特定医療費(指定難病)受給者証の有効期間内の診療点数を記入してください。
- 4 「窓口支払総額」欄には、患者が実際に窓口負担して支払った総額(保険診療部分のみ)を記入してください。(「総診療点数等」欄に記載した総点数に対して自己負担割合に対応した金額か、高額療養費制度適用後の限度額となります。なお、他の医療費助成制度等を利用の場合はこの限りではありません。)
- 5 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。
- 6 他の医療費助成制度等を利用した場合には、欄外に利用した医療費助成制度等を「〇〇(法別番号)使用」と記入してください。
なお、重度心身障害者医療制度を利用した場合には、保険種別欄の「重心」にマルを付けてください。
- 7 食事療養費は経過措置適用者(公費負担番号 54195011)の場合のみ記入してください。なお、記入の際は次の点にご留意ください。
 - ・食事標準負担額(100円・160円・210円・260円)での記入をしてください。
 - ・指定難病分のみの記入をしてください。
 - ・経過措置適用者の食事療養費については、食事標準負担額の2分の1を本事業で助成します。その際、患者負担分については自己負担上限月額に含めません。

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