

診療報酬等領収証明書

特定医療費(指定難病)申請用

フリガナ					加入医療保険 ○をつけてください	国保・社保・国組・後期・介護 本人・家族			
受給者氏名					主保険の自己負担割合 ○をつけてください	1割・2割・3割			
生年月日	年	月	日		特定医療(指定難病)の 受給者番号				
特定医療(指定難病)の 公費負担者番号	5	4	3	3					
診療日	診療区分	(A)保険診療等総額 (上段は指定難病医療費 以外の金額を含む総額)			(B)患者負担額 (窓口で支払った金額)	公費対象額 (岡山市記載欄)			
年 月分 日~ 日	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> その他()	診療総額 ()円			円	円			
		難病医療費 ()円							
年 月分 日~ 日	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> その他()	診療総額 ()円			円	円			
		難病医療費 ()円							
年 月分 日~ 日	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> その他()	診療総額 ()円			円	円			
		難病医療費 ()円							
年 月分 日~ 日	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> その他()	診療総額 ()円			円	円			
		難病医療費 ()円							
年 月分 日~ 日	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> その他()	診療総額 ()円			円	円			
		難病医療費 ()円							
(C) 指定難病支給認定が開始した月に、有効期間開始前の診療がある場合は、下の枠内を記入してください。				(D) 窓口支払時に指定難病以外の制度の限度額を適用した場合は、下の枠内を記入してください。					
診療日	診療区分	開始前保険診療総額		適用した制度		限度額			
年 月分 日~ 日	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> その他()	入院()円	外来()円	<input type="checkbox"/> 高額療養費 適用区分() <input type="checkbox"/> 心身障害(80) <input type="checkbox"/> 特定疾病療養(丸長) <input type="checkbox"/> 更生医療 <input type="checkbox"/> その他()		()円			
【備考欄】									
上記のとおり証明します。									
年 月 日				医療機関コード _____					
				所在地 医療機関の名称 代表者名 _____ 印					

【記載時の注意事項】

- ・(A)保険診療等総額の欄には、特定医療費(指定難病)の認定期間内の医療費及び薬剤一部負担額、又は介護保険制度に基づくサービス費のみ記入してください。
- ・対象となる介護サービス:(介護予防)訪問看護・(介護予防)訪問リハビリテーション
(介護予防)居宅療養管理指導・介護療養施設サービス
- ・介護サービスの証明の場合は、備考欄に地域単価(7級地〇〇円など)を記入してください。
- ・受給者証の自己負担上限額管理票への記入は必要ありません。
- ・自己負担上限月額に達しない場合でも証明してください。(他の指定医療機関と合算するためなどに必要です。)

裏面の記入例もご確認ください。

記入例

※証明書は医療機関ごとに作成してください。領収書での代用はできません。

フリガナ	カマ タロウ		加入医療保険 ○をつけてください	国保・ 社保 ・国組・後期・介護												
受給者氏名	岡山 太郎			本人 ・家族												
生年月日	昭和 ○○年 ○月 ○日		主保険の自己負担割合 ○をつけてください	1割・2割・ 3割												
特定医療(指定難病)の 公費負担者番号	5	4	3	3	7	0	1	9	特定医療(指定難病)の 受給者番号	0	1	2	3	4	5	6
診療日	診療区分	(A)保険診療等総額 <small>(上段は指定難病医療費 以外の金額を含む総額)</small>			(B)患者負担額 <small>(窓口で支払った金額)</small>		公費対象額 <small>(岡山市記載欄)</small>									
同月、同一区分の診療はまとめて記入可能。																
R3年5月分 7日~10日	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪看	診療総額 ()円 難病医療費 (200,000)円			57,600円										
R3年5月分 12日~31日	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> その他()	<input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪看	診療総額 ()円 難病医療費 (10,000)円			3,000円										
R3年6月分 1日~30日	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> その他()	<input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪看	診療総額 (120,000)円 難病医療費 (100,000)円			36,000円										
受給者証の有効期間:R3.5.7~ 入院期間:R3.5.1~R3.5.10の場合、 R3.5.1~R3.5.6診療分は(C)開始前診療額欄に、 R3.5.7~R3.5.10診療分は(A)保険診療等総額欄に記入。					診療総額(上段)、難病医療費(下段)ともに 10割の金額を記入してください。 内訳が難病医療費のみの場合は、診療総 額は空欄で構いません。											
(C) 指定難病支給認定が開始した月に、有効期間開始 前の診療がある場合は、下の枠内を記入してください。					(D) 窓口支払時に指定難病以外の制度の限度額を適用 した場合は、下の枠内を記入してください。											
診療日	診療区分	開始前保険診療総額			適用した制度		限度額									
R3年5月分 1日~6日	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪看	入院(100,000)円 外来()円			<input checked="" type="checkbox"/> 高額療養費 適用区分(工) <input type="checkbox"/> 心身障害(80) <input type="checkbox"/> 特定疾病療養(マル長) <input type="checkbox"/> 更生医療 <input type="checkbox"/> その他()		(57,600)円								
【備考欄】																
支給認定開始月の医療費が、明らかに償還払いの対象ではない場合(有効期間途中の 上限額変更や受給者証の持参忘れなど)は、(C)開始前診療額欄は記入不要です。																
上記のとおり証明します。																
令和○年 ○月 ○日					医療機関コード ○○, ○○○, ○											
所在地 岡山市北区鹿田町1丁目1-1					岡山A病院											
医療機関の名称 岡山A病院					岡山A病院											
代表者名 岡山 次郎					印											

上記の証明書記入例に記載された金額を基に、
5月分入院医療費の計算を図式化したものです。
(難病の自己負担上限月額は10,000円とする。)

