（様式第６号　別紙）

指定医療機関が記入してください。

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  〇をつけてください | | | | | 国保 ・ 社保 ・ 国組 ・ 後期 ・ 介護 | | | | | | | | |
| 受給者氏名 |  | | | | | | | | | | | |
| 本人　　・　　家族 | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | | | | | 主保険の自己負担割合  〇をつけてください | | | | | 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 | |  |  |  | |  | | | 特定医療(指定難病)の  受給者番号 | |  |  |  | |  |  |  |  |
| 診　療　日 | | | 診　療　区　分 | | | | | | 保険診療等総額  （A）  上段は指定難病医療費  以外の金額を含む総額 | | | | | | | | | 患者負担額  （B）  （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 | | | □入院　　　□通院  □調剤　　　□訪看  □その他(　　 　　　) | | | | | | 診療総額　（　　　　　　　　　　　　　　　　　）　円 | | | | | | | | | 円 | | | | 円 | | | | |
| 難病医療費　（　　　　　　　　　　　　　　　　）　円 | | | | | | | | |
| 年　　　月分  日～　　　日 | | | □入院　　　□通院  □調剤　　　□訪看  □その他(　　 　　　) | | | | | | 診療総額　（　　　　　　　　　　　　　　　　　）　円 | | | | | | | | | 円 | | | | 円 | | | | |
| 難病医療費　（　　　　　　　　　　　　　　　　）　円 | | | | | | | | |
| 年　　　月分  日～　　　日 | | | □入院　　　□通院  □調剤　　　□訪看  □その他(　　 　　　) | | | | | | 診療総額　（　　　　　　　　　　　　　　　　　）　円 | | | | | | | | | 円 | | | | 円 | | | | |
| 難病医療費　（　　　　　　　　　　　　　　　　）　円 | | | | | | | | |
| 年　　　月分  日～　　　日 | | | □入院　　　□通院  □調剤　　　□訪看  □その他(　　 　　　) | | | | | | 診療総額　（　　　　　　　　　　　　　　　　　）　円 | | | | | | | | | 円 | | | | 円 | | | | |
| 難病医療費　（　　　　　　　　　　　　　　　　）　円 | | | | | | | | |
| 年　　　月分  日～　　　日 | | | □入院　　　□通院  □調剤　　　□訪看  □その他(　　 　　　) | | | | | | 診療総額　（　　　　　　　　　　　　　　　　　）　円 | | | | | | | | | 円 | | | | 円 | | | | |
| 難病医療費　（　　　　　　　　　　　　　　　　）　円 | | | | | | | | |
| 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。  （C） | | | | | | | | | | | | | | | 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。  （D） | | | | | | | | | | | |
| 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 | | □入院　　　□通院  □調剤　　　□訪看  □その他(　　 　　) | | | | | 入院（　　　　　　　　　）円  外来（　　　　　　　　　）円 | | | | | | | | | □高額療養費　適用区分（　　　　　　　　）  □心身障害（80）　□特定疾病療養（ﾏﾙ長）  □更生医療　□その他（　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | （　　　　　　　　　）円 | | | |
| 【備考欄】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり証明します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関コード　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿  　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日  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。

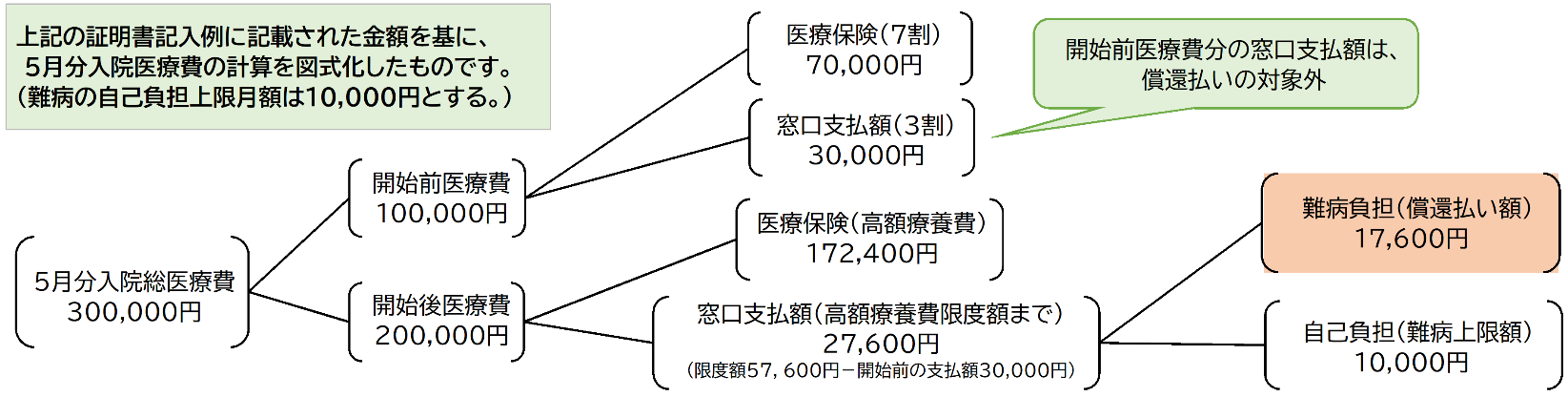
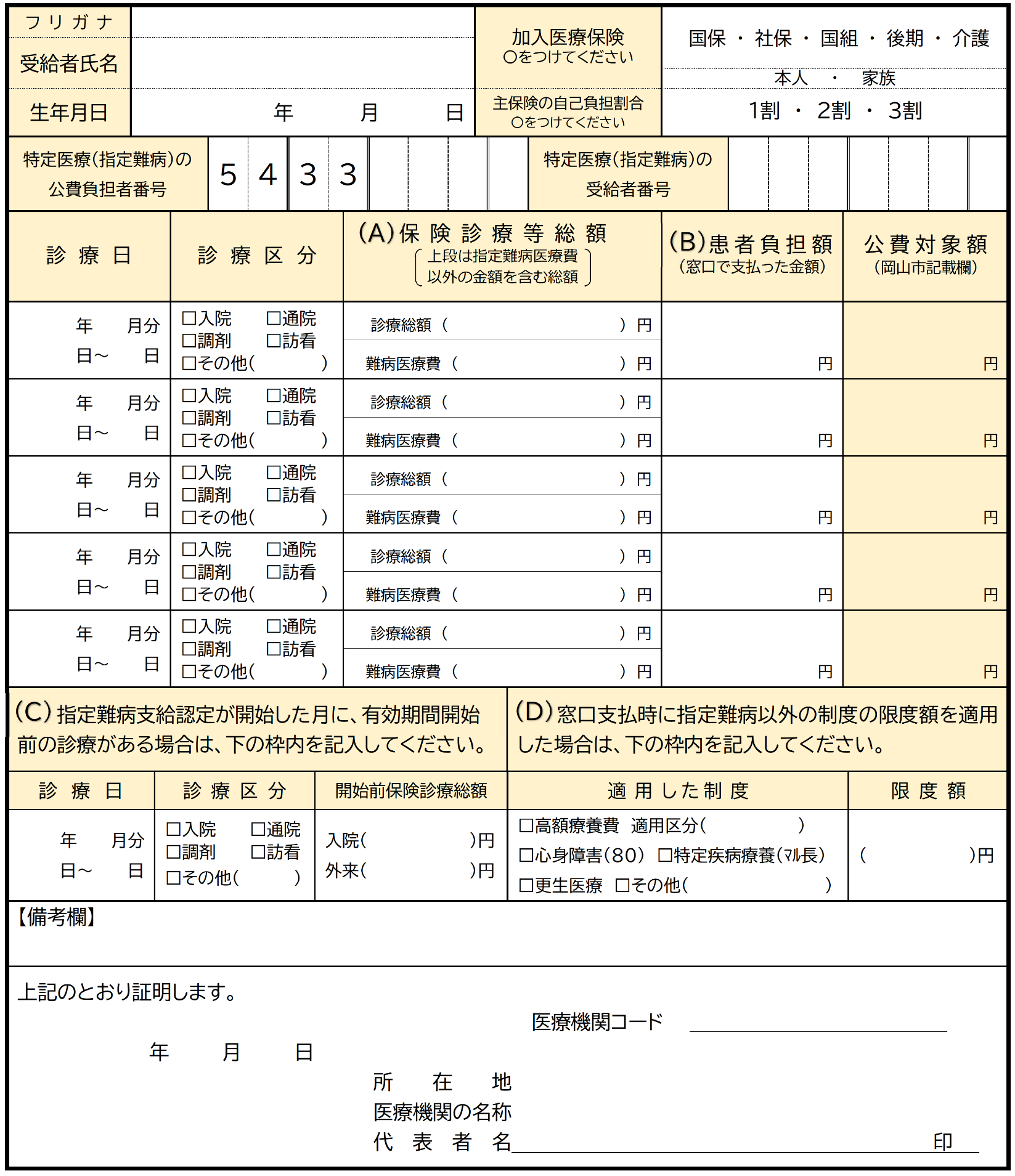
・受給者証の自己負担上限額管理票への記入は必要ありません。

・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。

※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。

**記入例**



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。

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。

岡山Ａ病院

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。

令和〇　　〇　 　〇

同月、同一区分の診療はまとめて記入可能。

岡山市北区鹿田町1丁目1-1

岡山Ａ病院

岡山　次郎

36,000

100,000

120,000

✔

R３　　６

　 1　 　30

57,600

エ

✔

ｵｶﾔﾏ　ﾀﾛｳ

岡山　太郎

１00,000

✔

R３　　５

　 1　　　6

3,000

10,000

✔

R３　　５

　 12　 　31

57,600

R３　　５

　　７　　１0

〇〇，〇〇〇〇，〇

０ １ ２ ３ ４ ５ ６

７　０　１　９

✔

200,000

昭和　〇〇　　　〇 　　○