

特定医療費（指定難病）等証明書

受診者	(フリガナ) 氏名		公費負担者番号 54196019	受給者番号
	住所			
	保険種別	国保・退職・国組・協会・組合・共済・後期・その他	自己負担割合 _____割	
	有効期限	_____年 _____月 _____日 から _____年 _____月 _____日 まで		
	重度心身障害者医療費助成制度の受給資格 有・無（有効期間始期： _____年 _____月 _____日～）			

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

診療月	入院・入院外の別等		総診療点数等	左記のうち 指定難病分診療点数等	窓口支払総額	重度医療 請求なし	
年 月 分	入院	医療費	日 点	日 点	円	<input type="checkbox"/>	
		医療費・調剤	日 点	日 点	円		
	入院外	(調剤の場合)	処方箋発行医療機関名:				
		基本利用料	円	円	円		
年 月 分	入院	医療費	日 点	日 点	円	<input type="checkbox"/>	
		医療費・調剤	日 点	日 点	円		
	入院外	(調剤の場合)	処方箋発行医療機関名:				
		基本利用料	円	円	円		
年 月 分	入院	医療費	日 点	日 点	円	<input type="checkbox"/>	
		医療費・調剤	日 点	日 点	円		
	入院外	(調剤の場合)	処方箋発行医療機関名:				
		基本利用料	円	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

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医療費の償還払い請求をするため、医療機関等からの証明をお願いするものです。以下の注意事項をよく読み、記載をお願いします。

◆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します。

「重度心身障害者医療費助成制度の受給資格」欄において、「有」に○をつけた方については、重度心身障害者医療費助成金受給者証の有効期間の始期を記載してください。

記載上の注意

- ① 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。ただし、指定難病に付随して発現する傷病は対象となります。
- ② 診療月ごと、入院・入院外ごとに記載してください。院内処方[※]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。
- ③ 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。

- ④ 記載項目については以下のとおり。

「総診療点数等」

月の総診療点数を記入してください。

「左記のうち指定難病分診療点数等」

受給者証の有効期間内における特定医療費の診療点数を記入してください。

なお、受給者証に記載している指定医療機関(薬局を除く)が対象になります(緊急の場合を除く)。

「窓口支払総額」

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。

「処方箋発行医療機関名」（調剤の場合のみ記載）

指定難病分の処方を行った医療機関名を記入してください。

「重度医療請求なし」

重度心身障害者医療費の請求をしていないことの確認欄です。

重度心身障害者医療費助成制度の受給者は、特定医療費（指定難病）の償還払いの対象にはなりませんので、重複請求がないことを確認のうえ、チェックをお願いします。

- 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。

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