

特定医療費（指定難病）証明書

受給者氏名			生年月日	年 月 日			
受給者番号			疾病名				
診療年月	保健区分、適用区分 及び自己負担割合		診療 区分	診療日数	総医療費	患者負担金	支給決定額 ※ 沖縄県記入欄
	〔平成 令和〕	国保 社保 高齢 介護					
1割 2割 3割			入院	日	円	円	円
年	高年齢	所得（適用）区分	食事	食事	食	円	円
				月全体	日	円	円
月	介護	ア・イ・ウ エ・オ Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ Ⅳ・Ⅴ・Ⅵ	外来 調剤 介護	指定難病分	日	円	円
				月全体	日	円	円
〔平成 令和〕	国保 社保 高齢 介護	自己負担割合	指定難病分	円	円	円	
		1割 2割 3割	入院	日	円	円	円
年	高年齢	所得（適用）区分	食事	食事	食	円	円
				月全体	日	円	円
月	介護	ア・イ・ウ エ・オ Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ Ⅳ・Ⅴ・Ⅵ	外来 調剤 介護	指定難病分	日	円	円
				月全体	日	円	円
〔平成 令和〕	国保 社保 高齢 介護	自己負担割合	指定難病分	円	円	円	
		1割 2割 3割	入院	日	円	円	円
年	高年齢	所得（適用）区分	食事	食事	食	円	円
				月全体	日	円	円
月	介護	ア・イ・ウ エ・オ Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ Ⅳ・Ⅴ・Ⅵ	外来 調剤 介護	指定難病分	日	円	円
				月全体	日	円	円
<p>上記のとおり、患者負担金については指定難病として認定されている疾病の治療のため、受給者より領収済であることを証明する。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">所在地 名 称 ⑩ 代表者氏名 記入者氏名 電話（内線）</p>							

※ 太枠内は記入しないでください。

指定医療機関の担当者様へ

この証明書は、「特定医療費（指定難病）受給者証」（以下、「受給者証」という。）の有効期間内に指定医療機関で提供された特定医療（指定難病）の、公費負担相当額の請求のための証明書となっております。

- 1 受給者証に記載された医療機関以外による治療等は助成の対象外となります。
- 2 受給者証に記載された指定難病以外の治療は助成の対象外となります。
- 3 医療機関ごとにご記入ください。（必要に応じてコピーしてください。）
- 4 訂正が生じた場合は、 を引き、その上に訂正印を押してください。
- 5 証明書の内容で不明な点がある場合は、記入者に確認することがあります。また、記載内容に不備がある場合は、請求者または医療機関へ返送することがあります。
- 6 証明書の**太枠内は記入しない**でください。

【記入例】

特定医療費（指定難病）証明書

○記入時の注意○

受給者氏名		生年月日		年 月 日				
受給者番号		疾病名						
診療年月	保健区分及び自己負担割合	診療区分	診療日数	総医療費	患者負担金	支給決定額 ※ 沖縄県記入欄		
平成 令和 元 年 5 月	国保 2割	入院	指定難病分	12日	422,330円	81,653円		
			食事	27食		12,420円		
			月全体					
		高年齢医療給付 所得（適用） 区分 ア・イ・ウ	高年齢医療給付 所得（適用） 区分 エ・オ	外来 調剤	指定難病分	〃日	〃円	〃円
					食事	〃食		〃円
					月全体			
平成 令和 元 年 6 月	国保 2割	入院	指定難病分	〃日	〃円	〃円		
			食事	〃食		〃円		
			月全体					
		高年齢医療給付 所得（適用） 区分 ア・イ・ウ	高年齢医療給付 所得（適用） 区分 エ・オ	外来 調剤	指定難病分	1日	55,700円	16,710円
					食事	〃食		〃円
					月全体	〃日	〃円	〃円
平成 令和 元 年 月	国保 2割	入院	指定難病分	〃日	〃円	〃円		
			食事	〃食		〃円		
			月全体					
		高年齢医療給付 所得（適用） 区分 ア・イ・ウ	高年齢医療給付 所得（適用） 区分 エ・オ	外来 調剤	指定難病分	〃日	〃円	〃円
					食事	〃食		〃円
					月全体	〃日	〃円	〃円

上記のとおり、患者負担金については指定難病として認定されている疾病の治療のため、受給者より領収済であることを証明する。
令和 元 年 7 月 10 日

所在地 沖縄県〇〇市〇〇〇 〇-〇-〇
名称 △△△△病院 ㊟
代表者氏名 ××× ×××
記入者氏名 □□□ □□□
電話（内線） ×××-×××-××××（〇〇〇〇）

○受給者の加入保健及び負担割合を選択してください。

○総医療費、患者負担金は、受給者証の有効期間内で指定難病に関する診療分を上段に、有効期間開始日が月の途中の場合や、指定難病以外の治療等がある場合は、その月の総日数及び総額を下段に記入してください。（上段と下段が同じ場合は“〃”を記載してください。）

○実際に患者から領収した金額を記入してください。

○食事（食事療養費）が助成対象となるのは、生活保護階層の方（公費負担者番号 54476023）及び経過措置対象者（公費負担者番号 54475017 平成29年12月31日終了）のみです。それ以外の方は記載不要です。

○内容で不明な点については、記入者に確認することがありますので、氏名及び電話（内線）は必ず記入してください。

※ 証明書の記載方法について不明な点があれば、下記にお問い合わせください。

沖縄県保健医療介護部
地域保健課 難病担当
電話 098-866-2215

※ 太枠内は記入しないでください。