

特定疾患医療費証明書

(医療機関記載欄)

受給者氏名	大阪 花子		受給者番号	〇〇〇〇〇〇〇			
有効期間	令和6年1月15日から令和6年9月30日まで						
医療費決定額 (大阪府記入欄)		百万	十万	万	千	百	十 円
健康保険 種別 負担割合	診療年月	診療実日数		保険診療点数 及び一食単価		患者自己負担額	
<input checked="" type="radio"/> 国保 <input type="radio"/> 後期高齢 <input type="radio"/> 介護保険 地域単価 円	令和6年1月分 ※総日数・総点数 (日間 点)	入院	17日間	34,567点		⑤ 57,600円	
			食事 51食	360・210・160・100円		⑥ 18,360円	
<input checked="" type="radio"/> 国保 <input type="radio"/> 後期高齢 <input type="radio"/> 介護保険 地域単価 円	令和6年2月分 ※総日数・総点数 (日間 点)	入院	日間	点		⑤ 円	
		通院 薬局 訪看	2日	1,234点		⑥ 3,700円	
<input type="radio"/> 社保 <input type="radio"/> 国保 <input type="radio"/> 後期高齢 <input type="radio"/> 介護保険 地域単価 円	年 月分 ※総日数・総点数 (日間 点)	入院	日間	点		⑤ 円	
		通院 薬局 訪看	日	360・210・160・100円		⑥ 円	

備考欄
 令和6年1月分、高額療養費適用

上記のとおり領収したことを証明する。

令和6年 〇 月 △ 日

保険医療機関(薬局)コード	1	2	3	4	5	6	7	記入者(〇〇)
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---------

名称 〇〇病院
 代表者 △△ △△
 所在地 大阪府◆◆◆◆◆◆
 連絡先 〇〇-〇〇〇〇-△△△△

〇医療機関の方へ
 1. 特定疾患医療費の保険点数の証明は、特定疾患医療受給者証に記載されている疾病について受給者証有効期間の範囲内で入院、通院等に分けて証明してください。
 (有効期間開始日が月途中の場合の入院は、※に1ヶ月の総日数及び総点数をご記入ください。)
 2. 医療費決定額欄は記載しないでください。
 3. 上記の診療支払い時点で医療費助成をお持ちの場合は備考欄に記入してください。
 4. 証明書の内容で不明な点につきましては、記入者様に確認させていただきます。