～請求者様へ～　　**【５４・指定難病償還払い用】**

○**必要枚数をコピー**し、指定医療機関（病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション）ごとに記入してもらってください。

～指定医療機関の方へ～
**裏面記入例**をご覧いただき、
**全項目を**記入してください。

# 特定医療費（指定難病）証明書

| ＊医療費決定額（大阪府記入欄） | 百万 | 十万 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **受診者氏名** | | **受診疾患名** | |
| **受給者番号** | | **受給者証有効期間** | 年　月　日～　年　月　日 |

| 診療月 | 保険負担割合 | 区分 | 診療実日数 | 保険診療点数・単位 | 自己負担額 | ＊大阪府記入欄 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 年　月分 | 社保　割<br>国保　割<br>後期　割 | 入院 | 入院期間　月　日～　月　日 | | ※食費や保険外の支払いは含みません。 | ＊ |
| | | | 総日数　日 | 総点数　点 | 領収額　円 | |
| | | | **うち 難病分　日** | **うち 難病分　点** | **うち 難病分　円** | |
| | | 通院<br>薬局<br>訪看 | 総日数　日 | 総点数　点 | 領収額　円 | ＊ |
| | | | **うち 難病分　日** | **うち 難病分　点** | **うち 難病分　円** | |
| | | 処方元（薬局のみ） | | | | |
| | 介護　割<br>地域単価　円 | 介護 | 総日数　日 | 総単位または円 | 領収額　円 | ＊ |
| | | | **うち 難病分　日** | **うち 難病分** | **うち 難病分　円** | |
| 年　月分 | 社保　割<br>国保　割<br>後期　割 | 入院 | 入院期間　月　日～　月　日 | | ※食費や保険外の支払いは含みません。 | ＊ |
| | | | 総日数　日 | 総点数　点 | 領収額　円 | |
| | | | **うち 難病分　日** | **うち 難病分　点** | **うち 難病分　円** | |
| | | 通院<br>薬局<br>訪看 | 総日数　日 | 総点数　点 | 領収額　円 | ＊ |
| | | | **うち 難病分　日** | **うち 難病分　点** | **うち 難病分　円** | |
| | | 処方元（薬局のみ） | | | | |
| | 介護　割<br>地域単価　円 | 介護 | 総日数　日 | 総単位または円 | 領収額　円 | ＊ |
| | | | **うち 難病分　日** | **うち 難病分** | **うち 難病分　円** | |
| 年　月分 | 社保　割<br>国保　割<br>後期　割 | 入院 | 入院期間　月　日～　月　日 | | ※食費や保険外の支払いは含みません。 | ＊ |
| | | | 総日数　日 | 総点数　点 | 領収額　円 | |
| | | | **うち 難病分　日** | **うち 難病分　点** | **うち 難病分　円** | |
| | | 通院<br>薬局<br>訪看 | 総日数　日 | 総点数　点 | 領収額　円 | ＊ |
| | | | **うち 難病分　日** | **うち 難病分　点** | **うち 難病分　円** | |
| | | 処方元（薬局のみ） | | | | |
| | 介護　割<br>地域単価　円 | 介護 | 総日数　日 | 総単位または円 | 領収額　円 | ＊ |
| | | | **うち 難病分　日** | **うち 難病分** | **うち 難病分　円** | |

| **備　考** | ＜事務処理欄＞ |
|---|---|
| **※「自己負担額」は、受診者が窓口で実際に支払った金額を記入してください。**<br>**※他の公費が適用された医療費は対象外となります。適用されている場合は、参考に公費名及び金額を記入してください。**<br>**※高額療養費の適用がある場合は、適用区分等を記入してください。** | |

上記のとおり領収したことを証明する。

**記入日**

**年　月　日**

| 指定医療機関コード<br>※証明は指定医療機関に限る | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**名称**

**代表者**

**電話番号**

**記入者氏名**

**所属**

**連絡先（内線）**

※指定医療機関の方へ　ご不明な点は 06-6941-0351（内線2588）までご連絡ください。