

○指定医療機関の方へ

助成の対象は、特定医療（受給者証有効期間内に指定医療機関で提供される指定難病に対する保険診療）のみです。

- 1 特定医療以外の医療又は介護は助成の対象外となります。
- 2 医療機関ごとに記入してください（必要に応じてコピーしてください）。
- 3 訂正が生じた場合は、誤った部分に——（二重取消線）を引き、その付近に訂正した文言を記入してください。
- 4 証明書の内容で不明な点がある場合、記入された方に確認させていただきます。

また、証明書に記載不備がある場合、請求者または医療機関へ返送させていただくことがあります。

～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～  
裏面記入例をご覧ください、  
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	大阪 花子		受診疾患名	パーキンソン病		
受給者番号	1234567		受給者証有効期間	X年 6月 10日 ~ X年12月31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
X年 6月 分	社保 割 国保 3割 後期 割	入院	入院期間: 6月20日 ~ 6月23日	総日数 4日 総点数 19,262点	領収額 57,600円	*大阪府記入欄
			うち 難病分 4日 うち 難病分 19,262点	うち 難病分 57,600円		
	通院 薬局 訪看	総日数 日 総点数 点	領収額 円	*大阪府記入欄		
		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 地域単価 円	介護	総日数 日 総単位または円	領収額 円	*大阪府記入欄		
		うち 難病分 日 うち 難病分 円	うち 難病分 円			
X年 7月 分	社保 割 国保 3割 後期 割	入院	入院期間: 7月13日 ~ 7月14日	総日数 2日 総点数 8,000点	領収額 24,000円	*大阪府記入欄
			うち 難病分 2日 うち 難病分 8,000点	うち 難病分 24,000円		
	通院 薬局 訪看	総日数 2日 総点数 9,420点	領収額 28,260円	*大阪府記入欄		
		うち 難病分 1日 うち 難病分 4,710点	うち 難病分 14,130円			
処方元（薬局のみ）						
介護 割 地域単価 円	介護	総日数 日 総単位または円	領収額 円	*大阪府記入欄		
		うち 難病分 日 うち 難病分 円	うち 難病分 円			
X年 10月 分	社保 割 国保 3割 後期 割	入院	入院期間: 月 日 ~ 月 日	総日数 日 総点数 点	領収額 円	*大阪府記入欄
			うち 難病分 日 うち 難病分 点	うち 難病分 円		
	通院 薬局 訪看	総日数 3日 総点数 10,960点	領収額 1,500円	*大阪府記入欄		
		うち 難病分 1日 うち 難病分 2,075点	うち 難病分 500円			
処方元（薬局のみ）						
介護 割 地域単価 円	介護	総日数 日 総単位または円	領収額 円	*大阪府記入欄		
		うち 難病分 日 うち 難病分 円	うち 難病分 円			

○受診者氏名、受診疾患名、受給者番号、受給者証有効期間は、必ず記入ください。

○加入保険及び負担割合を記入してください。

○日数、点数、自己負担額  
有効期間開始日が月途中である場合や、助成対象外の診療がある場合は、総日数、総点数及び窓口で実際に領収した金額を記入してください。  
「うち 難病分」には、特定医療の対象となる診療のみ記入してください。

○食費（食事療養費）  
対象者は生活保護等受給者のみです。

○処方元（薬局のみ）  
処方された医療機関名を記載してください。

○他公費や高額療養費の適用  
適用がある場合、適用区分や適用公費名を記入してください。  
その他、特に記入が必要な場合は備考欄に記入してください。  
医科・歯科は分けてご記入ください。

○代表者  
代表者について記名してください。  
(薬局の場合、管理薬剤師でも可)。

○不明点について、確認させていただきますので、記入者欄（記入日、記入者氏名、所属、連絡先）を必ず記入してください。

**備考**  
・令和X年6月 高額療養費適用区分E  
・令和X年10月 重度障がい者医療適用 自己負担500円×3回=1,500円  
※「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。  
※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。  
※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。

指定医療機関コード  
※証明は指定医療機関に限る

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

記入日 XX年 ●月 △日

名称 甲山記念病院 記入者氏名 丙川 丁子  
代表者 甲山乙夫 所属 医事課  
電話番号 06-1234-5678 連絡先（内線） 06-1234-5678 (901)

※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。

※証明書の記載方法に関するお問い合わせ先

大阪府健康医療部保健医療室地域保健課 難病認定グループ 償還払い担当  
電話 06-6941-0351（内線 2588）FAX06-6941-6606