

○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	百万	十万	万	千	百	十	円
(大阪府記入欄)							

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 国保 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		(総額)	円
			難病公費対象分	日	難病公費対象分	点		難病公費対象分	円
	介護 地域単価 割	通院 薬局 訪看	(総日数)	日	(総点数)	点	(総額)	円	
			難病公費対象分	日	難病公費対象分	点	難病公費対象分	円	
			(総日数)	日	(総単位)	単位	(総額)	円	
		介護	難病公費対象分	日	難病公費対象分	単位	難病公費対象分	円	

年 月 分	社保 国保 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		(総額)	円
			難病公費対象分	日	難病公費対象分	点		難病公費対象分	円
	介護 地域単価 割	通院 薬局 訪看	(総日数)	日	(総点数)	点	(総額)	円	
			難病公費対象分	日	難病公費対象分	点	難病公費対象分	円	
			(総日数)	日	(総単位)	単位	(総額)	円	
		介護	難病公費対象分	日	難病公費対象分	単位	難病公費対象分	円	

年 月 分	社保 国保 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		(総額)	円
			難病公費対象分	日	難病公費対象分	点		難病公費対象分	円
	介護 地域単価 割	通院 薬局 訪看	(総日数)	日	(総点数)	点	(総額)	円	
			難病公費対象分	日	難病公費対象分	点	難病公費対象分	円	
			(総日数)	日	(総単位)	単位	(総額)	円	
		介護	難病公費対象分	日	難病公費対象分	単位	難病公費対象分	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。
 ※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。

記入日

指定医療機関コード							
※証明は指定医療機関に限る							

年 月 日

名称

記入者氏名

代表者

所属

電話番号

連絡先（内線）