

○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～ 【54】

○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 千 百 十 円
(大阪府記入欄)

| 受診者氏名 | 大阪 花子 | | 受診難病名 | パーキンソン病 | | |
|--------|-----------------------|----------|--|--------------------|-----------------|---------|
| 受給者番号 | 1234567 | | 受給者証有効期間 | X年1月1日～X年12月31日 | | |
| 保険負担割合 | 診療月 | 区分 | 診療日数 | 保険診療点数・単位 | 自己負担額 | *大阪府記入欄 |
| X年3月分 | 社保 3割 国保 割 後期 割 | 入院 | 入院期間 3月24日～3月28日 (総日数 4日) (総点数 19,262点) | ※食費や保険外の支払いは含みません。 | (総額 57,600円) * | |
| | | 通院 | (総日数 日) (総点数 点) | | (総額 円) * | |
| | | 薬局 薬局 処方 | 難病公費対象分 1日 難病公費対象分 4,750点 | | 難病公費対象分 0円 | |
| | | 介護 割 | (総日数 日) (総単位数 単位) | | (総額 円) * | |
| X年5月分 | 社保 3割 国保 割 後期 割 | 入院 | 入院期間 5月13日～5月14日 (総日数 2日) (総点数 8,000点) | | (総額 24,000円) * | |
| | | 通院 | (総日数 2日) (総点数 17,160点) | | (総額 33,600円) * | |
| | | 薬局 薬局 処方 | 難病公費対象分 1日 難病公費対象分 9,420点 | | 難病公費対象分 28,260円 | |
| | | 介護 割 | (総日数 日) (総単位数 単位) | | (総額 円) * | |
| X年6月分 | 社保 3割 国保 割 後期 割 | 入院 | 入院期間 月 日 ～ 月 日 (総日数 日) (総点数 点) | | (総額 円) * | |
| | | 通院 | (総日数 3日) (総点数 10,196点) | | (総額 1,500円) * | |
| | | 薬局 薬局 処方 | 難病公費対象分 1日 難病公費対象分 2,075点 | | 難病公費対象分 500円 | |
| | | 介護 割 | (総日数 日) (総単位数 単位) | | (総額 円) * | |

備考

令和〇年4月、5月 高額療養費適用区分工
令和〇年6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。 記入日

| | | | | | | | | |
|-----------|---|---|---|---|---|---|---|-----------|
| 指定医療機関コード | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 〇〇年〇〇月〇〇日 |
|-----------|---|---|---|---|---|---|---|-----------|

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 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 連絡先 (内線) 06-1234-5678 (345)

※指定医療機関の方へ ご不明な点は06-6941-0351（内線2588）までお問い合わせください。

- 加入保険及び負担割合を記入してください。
- 入院期間
受給者証有効期間開始日から退院日までの日付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、()内に総日数、総点数及び窓口で実際に支払った金額の総額を記入してください。
難病公費対象分には、特定医療の対象となる診療のみ記入してください。
他公費や高額療養費の適用がある場合、適用後の自己負担額を記入してください。
- 食費（食事療養費）
対象者は生活保護等受給者のみです。
- 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。
- 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)。
- 不明な点について、記入された方に確認させていただきますので、所属・氏名を必ず記入してください。

※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