

特定医療費（指定難病）証明書

受診者氏名			受給者番号									
指定難病の名称												
支給認定の有効期間	年 月 日 から			年 月 日まで								
有効期間開始月の入院期間	入院日	年 月 日	退院日	年 月 日	入院期間全体の総点数					点		
診療年月	保険種別 負担割合 (該当するものに ○印を付けてください)	診療実日数		医療費総額 (10割)	患者負担額	査定欄 (職員記入欄)						
				標準負担額								
年 月分 限度額証の 提示 有・無 所得区分	医療保険 1割 2割 3割	入 院	日間	円	円							
				通 院	日	円	円					
				薬 局	日	円	円					
	介護保険	訪問看護	訪問リハ	日	円	円						
					居宅療養管理指導	日	円	円				
							介護療養型医療施設	日	円	円		
					円	円						
年 月分 限度額証の 提示 有・無 所得区分	医療保険 1割 2割 3割	入 院	日間	円	円							
				通 院	日	円	円					
				薬 局	日	円	円					
	介護保険	訪問看護	訪問リハ	日	円	円						
					居宅療養管理指導	日	円	円				
							介護療養型医療施設	日	円	円		
					円	円						
年 月分 限度額証の 提示 有・無 所得区分	医療保険 1割 2割 3割	入 院	日間	円	円							
				通 院	日	円	円					
				薬 局	日	円	円					
	介護保険	訪問看護	訪問リハ	日	円	円						
					居宅療養管理指導	日	円	円				
							介護療養型医療施設	日	円	円		
					円	円						
上記のとおり、領収したことを証明します。				静岡県指定医療機関番号（静岡県内の医療機関である場合のみ記入してください。）								
年 月 日				作成者								
指定医療機関の所在地				所属・氏名								
指定医療機関の名称				電話番号								
代表者職氏名												

注 薬の処方については、処方した日数を記入してください。