

特定医療費(指定難病)証明書

受給者番号	1234567	受給疾患名	〇〇〇〇〇〇〇〇
受給者氏名	愛媛 太郎	保険負担割合	社保 <input checked="" type="radio"/> 国保 <input type="radio"/> 前期高齢 <input type="radio"/> 後期高齢 <input type="radio"/> (3 割)
受給者証有効期間	令和 5 年 10 月 15 日 ~ 令和 6 年 9 月 30 日		

※特定医療(指定難病)に係る診療分のみ記載してください。
 ※難病医療費助成対象期間外や、特定医療(指定難病)以外の診療がある場合は、「難病外有」欄に「○」を記入のうえ、対象月の総日数、総点数、自己負担総額も記載してください。
 (全て有効期間内かつ、指定難病に係る医療等の場合は、難病公費対象分のみ記載でかまいません。)

診療月	区分	診療日数		保険診療点数・単位		自己負担額		難病外有
		総日数		総点数		総額		
R5年 10月	<input checked="" type="radio"/> 入院	総日数	23日	総点数	125,000点	総額	57,600円	○
		難病公費対象分	21日	難病公費対象分	105,000点	難病公費対象分	57,600円	
	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	
	介護	総日数	日	総単位	単位	総額	円	
		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	
R5年 11月	<input checked="" type="radio"/> 入院	総日数	日	総点数	点	総額	円	
		難病公費対象分	3日	難病公費対象分	8,127点	難病公費対象分	24,380円	
	<input checked="" type="radio"/> 通院 薬局 訪看	総日数	日	総点数	点	総額	円	
		難病公費対象分	1日	難病公費対象分	780点	難病公費対象分	2,340円	
	介護	総日数	日	総単位	単位	総額	円	
		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	
R5年 12月	入院	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	
	<input checked="" type="radio"/> 通院 薬局 訪看	総日数	日	総点数	点	総額	円	
		難病公費対象分	1日	難病公費対象分	780点	難病公費対象分	2,340円	
	介護	総日数	日	総単位	単位	総額	円	
		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
令和5年10月 高額療養費適用区分E 多数該当なし

※ 高額療養費の限度額適用認定証による現物給付を行っている月がある場合は、適用区分等を記入してください。
 ※ 他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。

上記のとおり証明します。

令和 5 年 12 月 31 日

名称 〇〇〇病院
 所在地 愛媛県松山市〇〇丁1丁目23番
 代表者名 愛媛 一郎

担当者名	愛媛 次郎
連絡先	医事課 0892-12-3456