

指 定 難 病 等 に か か る 医 療 費 証 明 書

指定医療機関が記入

(該当するものに☑ ください)

- ☐ 特定医療費（指定難病）償還払 申請用
- ☐ 「軽症高額該当」または「高額かつ長期」 申請用 ➡ 金額は総医療費【A】のみで可。

受給者番号				受給者氏名			
公費負担者番号				疾 病 名			
月額自己負担上限額				生 年 月 日		☐大正 ☐昭和 ☐平成 ☐令和 年 月 日	
保険種別	☐ 本人 ☐ 家族	☐ 協会 ☐ 健組 ☐ 国保 ☐ 共済 ☐ 船保 ☐ 国組 ☐ 国退 ☐ 後期高齢 ☐ 介護 ☐ その他 ()			自己負担割合	☐ 1割 ☐ 2割 ☐ 3割 ☐ その他	
診 療 年 月 日 (または期間)	日 数 (または食事数)	区 分	総 医 療 費 【A】	保 険 等 負 担 額 (高額療養費等を含む) 【B】	自 己 負 担 額 【A】－【B】		
年 月 ()	日	☐ 外来 ☐ 入院 ☐ 調剤 ☐ 訪看 ☐ 食事療養費 ☐ その他	円	高額療養費適用 ☐ あり(区分) ☐ なし 円	円		
年 月 ()	日	☐ 外来 ☐ 入院 ☐ 調剤 ☐ 訪看 ☐ 食事療養費 ☐ その他	円	高額療養費適用 ☐ あり(区分) ☐ なし 円	円		
年 月 ()	日	☐ 外来 ☐ 入院 ☐ 調剤 ☐ 訪看 ☐ 食事療養費 ☐ その他	円	高額療養費適用 ☐ あり(区分) ☐ なし 円	円		
年 月 ()	日	☐ 外来 ☐ 入院 ☐ 調剤 ☐ 訪看 ☐ 食事療養費 ☐ その他	円	高額療養費適用 ☐ あり(区分) ☐ なし 円	円		
院外処方の場合 処方箋発行医療機関名 ()							

上記のとおり証明します。

年 月 日

(医療機関等)

名 称
所 在 地
管理者職氏名

担当者職氏名
連 絡 先