

記載例

※証明書は医療機関ごとに作成してください。領収書での代用はできません。

- ☒ 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	1234567	受給者氏名	香川 太郎		
公費負担者番号	54376019	疾 病 名	クローン病		
月額自己負担上限額	10,000 円	生 年 月 日	☐ 明治 ☐ 大正 ☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 63 年 4 月 1 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 (公費対象に限る) 【A】	保 険 等 負 担 額 (高額療養費等を含む) 【B】	自 己 負 担 額 【A】－【B】
R7 年 2 月 (R7.2.1～15)	1 5 日	☐ 外来 ☒ 入院 ☐ 調剤 ☐ 訪看 ☐ 食事療養費 ☐ その他	255,000 円	高額療養費適用 ☒ あり (区分 エ) ☐ なし 197,400 円	57,600 円
R7 年 3 月 (R7.3.3 , 8)	2 日	☒ 外来 ☐ 入院 ☐ 調剤 ☐ 訪看 ☐ 食事療養費 ☐ その他	20,000 円	高額療養費適用 ☐ あり (区分) ☒ なし 14,000 円	6,000 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。

令和 7 年 4 月 1 日

(医療機関等)

名 称 県庁消化器内科クリニック

所 在 地 高松市番町四丁目 1-1 0

管理者職氏名 院長 ☐ ☐ ☐ ☐

担当者職氏名 事務課長 △△ △△

連 絡 先 087-832-3260

【記入時の注意事項】

・指定難病に係る医療費についてのみ記載してください。(認定期間内に限る)

・自己負担上限額管理票に記載していない分を記載してください。

・本書に記入する場合は、自己負担上限額管理票に記載しないでください。

・自己負担上限額に達しない場合でも証明してください。(他の指定医療機関分と合算するために必要です)