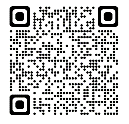
様式５－２

**【　医　療　機　関　・　薬　局　の　方　へ　】**

**■この証明書は、先天性血液凝固因子障害等の償還払手続きに必要です。**

**■患者さんが持参された場合、作成をお願いします。**

**■発行手数料については医療機関・薬局の判断となります。**

**詳しくは広島県HPへ**

診療報酬等領収証明書

先天性血液凝固因子障害等治療研究事業費（受給者 償還払申請用）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者氏名 | |  | | | | | | 受給者番号 | | | | |  |  |  | |  | |  |  |  |
| 生年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | 有効期間開始日 | | | | | 年　　月　　日から | | | | | | | | |
| 保険種別 | | 社保・国保　□後期高齢　介護保険 | | | | | | 自己負担割合 | | | | | １割　２割　３割 | | | | | | | | |
| 診療年月 | 診療区分 | | 診療実日数 | | | 保険診療点数 | | | | | | 患者負担額 | | | | | | 公費対象額 | | | |
| 年  月分 | 入院と通院は別行で記載  入院　通院  調剤　訪看  その他 | | 診療月の総日数 | | 日 | 総点数 | 診療月の総点数（単位） | | | | 点 | **窓口で支払った額**  保険診療点数の総額×自己負担割合  又は高額療養費限度額 | | | | 円 | | **広島県が記入** | | | |
| うち受給者証の有効期間内で、該当疾患の診療等を行った日数 | | 日 | 該当分 | うち受給者証の有効期間内で、該当疾患にかかる点数（単位） | | | | 点 |
| 年  月分 | 入院　通院  調剤　訪看  その他 | |  | | 日 | 総点数 |  | | | | 点 |  | | | | 円 | |  | | | |
|  | | 日 | 該当分 |  | | | | 点 |
| 年  月分 | 入院　通院  調剤　訪看  その他 | |  | | 日 | 総点数 |  | | | | 点 |  | | | | 円 | |  | | | |
|  | | 日 | 該当分 |  | | | | 点 |
| 年  月分 | 入院　通院  調剤　訪看  その他 | |  | | 日 | 総点数 |  | | | | 点 |  | | | | 円 | |  | | | |
|  | | 日 | 該当分 |  | | | | 点 |
| 年  月分 | 入院　通院  調剤　訪看  その他 | |  | | 日 | 総点数 |  | | | | 点 |  | | | | 円 | |  | | | |
|  | | 日 | 該当分 |  | | | | 点 |
| 年  月分 | 入院　通院  調剤　訪看  その他 | |  | | 日 | 総点数 |  | | | | 点 |  | | | | 円 | |  | | | |
|  | | 日 | 該当分 |  | | | | 点 |
| 窓口支払時に高額療養費や公費を適用された場合は記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 適　用　さ　れ　た　制　度 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 適用した月 | | | |
| 高額療養費　適用区分（　　　　　）  自立支援医療 | | | | 心身障害（80）  感染症（28） | | | | | | 特定疾病療養（ﾏﾙ長）  □その他（　　　　　　　） | | | | | | | |  | | | |
| 【備考欄】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり証明します。  　　　　　　　　年　　　　月　　　　日  所在地  医療機関の名称  代表者 | | | | | | | | | 医療機関コード ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿  記入担当者：  TEL：　　　　　－　　　　　－ | | | | | | | | | | | | |

【記入時の注意事項】

・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。

・有効期間開始日から受給者証の交付までの間で、本事業の対象となる医療費を記入してください。

・特定疾病療養受療証をお持ちの方は、月額１万円までが本事業による公費負担であり、これを超える額は

受給者の加入する医療保険者の負担になります。

裏面の記入例もご確認ください

**記入例**

※証明書は医療機関・薬局ごとに作成してください。領収書での代用はできません。

受給者証を確認して記入

同月、同一区分の診療はまとめて記入可能。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者氏名 | | 広島　安芸 | | | | | | 受給者番号 | | | | ０ | １ | ２ | | ３ | | ４ | ５ | ６ |
| 生年月日 | | 昭和〇年　　〇月　　〇日  同月、同一区分の診療はまとめて記入可能。 | | | | | | 有効期間開始日 | | | | 令和5年　　５月　　７日 | | | | | | | | |
| 保険種別 | | 社保・国保　後期高齢　介護保険 | | | | | | 自己負担割合 | | | | １割　　２割　　３割 | | | | | | | | |
| 診療年月 | 診療区分 | | 診療実日数 | | | 保険診療点数 | | | | | | 患者負担額 | | | | | 公費対象額 | | | |
| 年  同月、同一区分の診療はまとめて記入可  月分 | 入院　通院  調剤　訪看  その他 | | 診療月の総日数  入院中に有効開始のため、下段はR５.5.7からの４日分を記入 | | 日 | 総点数 | 診療月の総点数（単位） | | | | 点 | **窓口で支払った額**  保険診療点数の総額×自己負担割合  又は高額療養費限度額 | | | 円 | | **広島県が記入** | | | |
| うち難病の有効期間内で、難病の診療等を行った日数 | | 日 | うち難病 | うち難病の有効期間内で、難病にかかる点数（単位） | | | | 点 |
| R５　年  ５月分 | 入院　通院  調剤　訪看  その他 | | 10 | | 日 | 総点数 | 30,000 | | | | 点 | 57,600  点数（介護保険は単位）に変更 | | | 円 | |  | | | |
| 4 | | 日 | 該当分 | 20,000 | | | | 点 |
| R５　年  ５月分 | 入院　通院  調剤　訪看  その他 | | 2 | | 日 | 総点数 |  | | | | 点 | 3,000 | | | 円 | |  | | | |
| 2 | | 日 | 該当分 | 1,000 | | | | 点 |
| R５　年  ６月分 | 入院　通院  調剤　訪看  その他 | | 11 | | 日 | 総点数 | 12,000 | | | | 点 | 36,000 | | | 円 | |  | | | |
| 10 | | 日 | 該当分 | 10,000 | | | | 点 |
| 年  月分 | 入院　通院  調剤　訪看  その他 | |  | | 日 | 総点数 |  | | | | 点 |  | | | 円 | |  | | | |
|  | | 日 | うち難病 |  | | | | 点 |
| 年  月分 | 入院　通院  調剤　訪看  その他 | |  | | 日 | 総点数 |  | | | | 点 |  | | | 円 | | ①有効期間外の診療等 または ②先天性血液凝固因子障害等以外の診療等がある場合、下段はその点数を除いて記入 | | | |
| 受給者証の有効期間：R５.5.7～  入院：R５.5.1～5.10の10日間、  通院：R５.5.17、5.24の２日間、  医療受給者証の提示があった場合 | | 日 | うち難病  その月の該当疾患にかかる診療（調剤）のみの場合は、診療総点数は空欄も可 |  | | | | 点 |
| 窓口支払時に医療費助成や公費を適用した場合は記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 適用した制度 | | | | | | | | | | | | | | | | | 適用した月 | | | |
| 高額療養費　適用区分（　　　　　）  自立支援医療 | | | | 心身障害（80）  感染症（28） | | | | | | 特定疾病療養（ﾏﾙ長）  その他（　　　　　　　　） | | | | | | | R５.5月 | | | |
| 【備考欄】  先天性血液凝固因子障害負担  （償還払い額）  27,600円   * 特定疾病療養受療証をお持ちの方は、月額１万円までが本事業による公費負担であり、これを超える額は受給者の加入する　医療保険者の負担になります。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり証明します。  　　　　令和　〇　年　　〇　月　　〇　日  所在地　　〇市〇町１丁目１－１  医療機関の名称　　〇〇病院  押印は不要  代表者名　　〇〇　〇〇 | | | | | | | | | 医療機関コード　　〇〇,〇〇〇〇,〇  記入担当者名：〇〇  TEL：　０８２　－　〇〇〇　－〇〇〇〇 | | | | | | | | | | | |