



診療報酬等領収証明書

特定医療費(指定難病)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		
保険種別		<input type="checkbox"/> 社保・国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 介護保険		自己負担割合		<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割		
診療年月	診療区分	診療日数		保険診療点数		高額療養費	患者負担額	公費対象額
	入院と通院は、別行で記載	総日数	診療月の総診療日数	総額	診療月の総点数	適用区分 (みなし)	他の医療費助成をお持ちの場合は、助成後の患者負担額 (種別は備考へ)	広島県が記入
年	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院	総日数	日	総額	点		円	
	<input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看	うち難病	日	うち難病	点			
月分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院	総日数	日	総額	点		円	
	<input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看	うち難病	日	うち難病	点			
年	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院	総日数	日	総額	点		円	
	<input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看	うち難病	日	うち難病	点			
月分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院	総日数	日	総額	点		円	
	<input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看	うち難病	日	うち難病	点			
年	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院	総日数	日	総額	点		円	
	<input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看	うち難病	日	うち難病	点			
月分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院	総日数	日	総額	点		円	
	<input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看	うち難病	日	うち難病	点			

【備考欄】

上記のとおり証明します。

年 月 日

医療機関コード _____

所在地

記入担当者：

医療機関名

代表者

TEL： - -

【記入時の注意事項】

- この証明書は、指定難病の償還払いの手続きに必要です。患者から依頼された場合は、医療機関・薬局等ごとに作成してください。(領収書での代用はできません。) 発行手数料は、医療機関・薬局等の判断となります。
- 介護保険サービスの証明の場合は、「点」を「単位」と読み替えて記入してください。
- また、備考欄に地域単価 (7 級地〇〇円など) を記入してください。
- 証明書には、受給者証の自己負担上限額管理票に記載していない分を記入してください。
- 診療支払い時点で、他の医療費助成をお持ちの場合は、備考欄に種別と適用月を記入し、助成後の患者負担額を記入してください。(例：重度心身障害、特定疾病療養、更生医療 など)
- 自己負担上限月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の合算等に必要です。)

必ず、裏面もご確認ください

対象となる医療費

- (1) 医療受給者証に記載された指定難病にかかる医療
- (2) 受給者証の有効期間内に、難病指定医療機関が実施した、健康保険及び介護保険が適用されるもの

【医療の範囲】

- ① 医療機関での診療
- ② 調剤薬局での調剤
- ③ 訪問看護、介護予防訪問看護
- ④ 訪問リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーション
- ⑤ 居宅療養管理指導、介護予防居宅療養管理指導
- ⑥ 介護医療院サービス

【対象外のもの】

- ・ 入院時の標準的な食事療養及び生活療養の負担
- ・ 保険適用外の医療費やサービス（治療用装具、差額ベッド料、文書料、交通費など）
- ・ ジェネリック医薬品ではなく、先発医薬品を希望される場合の「特別の料金」 など
- ・ 高額療養費制度で払戻を受けることができる医療費
高額療養費の上限を超える額は、加入している医療保険者（被用者保険、市町国保、後期高齢者医療等）へ請求してください

記入上の留意点

- (1) 診療年月 同月、同一区分の診療等は、まとめて記入可。
- (2) うち難病 診療日数や保険診療点数のうち、「認定された難病以外」や「有効期間外」の診療等を除いて記入して下さい。
- (3) 高額療養費 「オンライン資格確認」や「限度額適用認定証」で確認した高額療養費を適用した場合、所得の適用区分を記入し、みなし区分の場合は（ ）内に適用区分を記入して下さい。
《例》適用区分：Ⅳ。 みなし区分：(ウ) など
- (4) 患者負担額 「高額療養費」や「他の医療費助成」を使用した場合は、助成後の負担額を記入して下さい。
《例》400円：重度心身障害者医療を同月に2回使用。
- (5) 備考欄 次の事項に該当する場合は、備考欄に必要事項を記入して下さい。
- ・ 高額療養費で多数該当や世帯合算がある場合（種別と適用月）
 - ・ 医療費助成がある場合（種別と適用月）
 - ・ 介護保険の地域単価に該当する場合（級地、〇〇円）
 - ・ 医療保険の自己負担割合が変更になった場合（変更になった割合と適用月）