

特定医療費（指定難病）対象診療報酬領収証明書

(〇年〇月～〇月分)

証明書の  
記載例

受給者氏名	石川 太郎	公費負担者番号	54176011
生年月日	昭和12年3月4日	受給者番号	12345678
月額自己負担上限額	5,000円	有効期間の開始日	令和2年10月1日

診療年月	区分	診療日数	医療費総額		指定難病治療に係る	
			うち指定難病治療と認められる額	うち月額自己負担上限額を超えた分として県に請求済みの金額 ※1円の位まで記入	うち月額自己負担上限額を超えた分として県に請求済みの金額 ※1円の位まで記入	うち月額自己負担上限額を超えた分として県に請求済みの金額 ※1円の位まで記入
3年 1月	入院(外来) 調剤 介護給付	8日	100,000	24,000	24,000	(3割負担)
			80,000	0	24,000	
3年 2月	入院(外来) 調剤 介護給付	5日	40,000	8,000	8,000	(2割負担)
			40,000	3,000	5,000	
3年 2月	入院(外来) 調剤 介護給付	20日	600,000	82,430	82,430	(2割負担)
			500,000	77,430	5,000	
3年 2月	入院(外来) 調剤 介護給付	1日	52,000	10,400	10,400	(2割負担)
			52,000	0	10,400	
合計				124,830		
				80,430		44,400

該当月の医療費総額(10割分)を記入  
上段は難病治療の対象外分を含む額  
下段は難病治療の対象となる額

左記下段の額のうち、自己負担額と領収時の負担割合を記入。

レセプト上公費の適用がなく、3割で負担されている場合は、3割の金額を記入してください。

助成対象となる費用として患者さんが支払われた実費の金額を記入。

当該月の自己負担額のうち、月額自己負担上限額を超えたため54の公費としてレセプト処理済の分があった場合に、その金額を記入。

医療費が高額の場合、高額療養費の適用後の金額を記載。  
(公費対象分と公費対象外分に分かれる場合は、公費対象分について高額療養費を適用してください。)

上記のとおり証明します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

所在地 〇〇市〇〇町〇〇番地

医療機関の名称 〇〇病院

代表者名 院長 〇〇 〇〇

担当者名を記載

担当者名 医事課 〇〇

TEL XXX-XXX-XXXX

注) 県に請求済の金額欄には、該当月の患者負担割合における自己負担額のうち、54でレセプト請求済みのものがあれば、記入してください。 該当のない場合は、「0」と記入してください。