

特定医療費（指定難病）対象診療報酬領収証明書					（ 年 月～ 月分）	
受給者氏名					公費負担者番	
生年月日		年 月 日			受給者番号	
月額自己負担上限額					有効期間の開始日	年 月 日
診療年月	区分	診療日数	高額療養費制度の適用区分 (会計時にオンライン等で確認した場合)	医療費総額	指定難病治療に係る自己負担額 (割負担)	
				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	うち領収済金額 (患者負担額) ※10円未満四捨五入
年 月	入院 外来 調剤 介護給付	日 (回)			(割負担)	
年 月	入院 外来 調剤 介護給付	日 (回)			(割負担)	
年 月	入院 外来 調剤 介護給付	日 (回)			(割負担)	
年 月	入院 外来 調剤 介護給付	日 (回)			(割負担)	
合計						
上記のとおり証明します。						
年 月 日		所在地				
		医療機関の名称				
		代表者名				
		担当者名 TEL				
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。						