

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43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7年10月1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)	医療費総額		指定難病治療に 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。
				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	
3年 1月	入院(外来) 調剤 介護給付	8日	ウ	100,000	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	ウ	40,000	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	ウ	600,000	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	ウ	52,000	10,400	(2割負担)
				52,000	0	10,400 10,000
合計					124,830	
				80,430	44,400	
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 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。						