

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			公費負担者号 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	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。					