

特定医療費(指定難病)証明書【医療機関で記入】

下記のとおり指定難病にかかる医療費として領収済であることを証明します。

平成 年 月 日

受 診 者	受給者番号								氏名	
	病名							受給者証 有効期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	
	自己負担 上限額	月額					円	保険種別	協・組・共・国・後・ 国組・その他()	

医 指 療 機 関 定	名 称/ 代表者	印		所 在 地
	担当者名			(TEL - -)

診療年月		診療種別いずれかに○ (入院/食事/通院/ 院外調剤/訪問看護, Ⅲ)	指定難病分 診療期間	指定難病分 医療費(10割)	指定難病分 患者負担額	処方箋発行 医療機関名 (院外調剤の場合)
			全診療期間	総医療費(10割)	患者負担総額	
		入・食・通・調・ 訪・その他()	日～日	円	円	
			日～日	円	円	
		入・食・通・調・ 訪・その他()	日～日	円	円	
月 計				円	円	
		入・食・通・調・ 訪・その他()	日～日	円	円	
			日～日	円	円	
		入・食・通・調・ 訪・その他()	日～日	円	円	
月 計				円	円	
		入・食・通・調・ 訪・その他()	日～日	円	円	
			日～日	円	円	
		入・食・通・調・ 訪・その他()	日～日	円	円	
月 計				円	円	