

記入例:健康福祉政策課長確認済(令和7年7月14日)

様式第 10 号

特定医療費(指定難病)証明書【医療機関による証明(記入)】

以下のとおり医療費を領収済みであることを証明します。

発行年月日:令和 7 年 6 月 12 日

|      |              |                    |          |                                        |                |                                     |                |
|------|--------------|--------------------|----------|----------------------------------------|----------------|-------------------------------------|----------------|
| 受給者  | 受給者番号        | 1 2 3 4 5 6 7      | 氏 名      | 特定 太郎                                  |                | 自己負担割合                              | 所得区分<br>(適用区分) |
|      | 病名           | 006パーキンソン病         | 受給者証有効期間 | 令和 7 年 2 月 16 日から<br>令和 7 年 9 月 30 日まで | 1割<br>2割<br>3割 | ア・イ・ウ<br>エ・オ・I<br>II・III・IV<br>V・VI |                |
|      | 自己負担上限額      | 月額 10,000 円        | 保険種別     | 協・組・共・国・後・<br>国組・その他( )                |                |                                     |                |
| 医療機関 | 医療機関名称及び代表者名 | 佐賀県庁クリニック 院長 佐賀 次郎 |          | 所在地 及び 連絡先                             |                |                                     |                |
|      | 部署名及び担当者名    | 医事課 佐賀 花子          |          | 佐賀市城内1丁目1番59号<br>(TEL 0952-00-0000)    |                |                                     |                |

※記入時の注意事項  
医療機関にて確認のうえ、ご記入ください。

※ 証明者(医療機関)におかれましては、以下6点にご留意くださいますようお願いいたします

- ① 以下の表は、レセプト毎(「診療年月毎」かつ「診療種別毎」)に記載してください。
- ② 記載箇所が足りない場合には片面印刷で複数枚に分けて作成してください。
- ③ 当該月における全ての医療に係るものを上段に、そのうち指定難病(※)に係るものを下段に記入してください。  
(※) 受給者証有効期間内に、難病法に基づく指定医療機関で受診した医療のうち、当該受給者証に記載された指定難病及びこれに付随する疾病に対する医療に限る。
- ④ 当該月において領収した医療費が、全て指定難病に係る医療費である場合には、「うち指定難病分」欄のみの記載で構いません。
- ⑤ 対象外医療(受給者証有効期間外医療や指定難病でないものに係る医療)費の有無について、「備考」で○を付けてください。
- ⑥ 佐賀県から不明点を確認させていただく場合がございますので、本証明書の写しを発行月の翌月から最低1年間保管してください。

| 診療年月      | 診療種別<br>※いずかに○<br>(入院・通院外来・院外調剤・訪問看護・リハビリ等) | 当該受給者の診療期間                         | 当該診療期間の総医療費(10割)                               | 当該診療期間の一部負担金額(窓口支払額)                     | 地方議定医療機関名<br>(院外調剤分) | 備考<br>※該当する方に○を付けてください |
|-----------|---------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------|------------------------|
| R7年<br>2月 | 入院・通院・<br>調剤・訪問・<br>その他( )                  | 総診療期間<br>10日～10日<br>うち指定難病(※)分診療期間 | 総医療費(10割)<br>10,500 円<br>うち指定難病(※)分医療費(10割)    | 一部負担金総額<br>3,150 円<br>うち指定難病(※)分一部負担金総額  |                      | 対象外医療費<br>【有・無】        |
| R7年<br>3月 | 入院・通院・<br>調剤・訪問・<br>その他( )                  | 総診療期間<br>19日～19日<br>うち指定難病(※)分診療期間 | 総医療費(10割)<br>115,000 円<br>うち指定難病(※)分医療費(10割)   | 一部負担金総額<br>34,500 円<br>うち指定難病(※)分一部負担金総額 |                      | 対象外医療費<br>【有・無】        |
| R7年<br>4月 | 入院・通院・<br>調剤・訪問・<br>その他( )                  | 総診療期間<br>28日～28日<br>うち指定難病(※)分診療期間 | 総医療費(10割)<br>46,310 円<br>うち指定難病(※)分医療費(10割)    | 一部負担金総額<br>13,890 円<br>うち指定難病(※)分一部負担金総額 |                      | 対象外医療費<br>【有・無】        |
| R7年<br>4月 | 入院・通院・<br>調剤・訪問・<br>その他( )                  | 総診療期間<br>4日～25日<br>うち指定難病(※)分診療期間  | 総医療費(10割)<br>1,865,000 円<br>うち指定難病(※)分医療費(10割) | 一部負担金総額<br>57,600 円<br>うち指定難病(※)分一部負担金総額 |                      | 対象外医療費<br>【有・無】        |
| R7年<br>5月 | 入院・通院・<br>調剤・訪問・<br>その他( )                  | 総診療期間<br>4日～25日<br>うち指定難病(※)分診療期間  | 総医療費(10割)<br>1,268,000 円<br>うち指定難病(※)分医療費(10割) | 一部負担金総額<br>3,710 円<br>うち指定難病(※)分一部負担金総額  |                      | 対象外医療費<br>【有・無】        |
| R7年<br>5月 | 入院・通院・<br>調剤・訪問・<br>その他( )                  | 総診療期間<br>3日～30日<br>うち指定難病(※)分診療期間  | 総医療費(10割)<br>2,943,000 円<br>うち指定難病(※)分医療費(10割) | 一部負担金総額<br>57,600 円<br>うち指定難病(※)分一部負担金総額 |                      | 対象外医療費<br>【有・無】        |
| R7年<br>6月 | 入院・通院・<br>調剤・訪問・<br>その他( )                  | 総診療期間<br>9日～9日<br>うち指定難病(※)分診療期間   | 総医療費(10割)<br>52,610 円<br>うち指定難病(※)分医療費(10割)    | 一部負担金総額<br>15,780 円<br>うち指定難病(※)分一部負担金総額 | 城内病院                 | 対象外医療費<br>【有・無】        |

※記入時の注意事項  
全て対象外医療費である場合には、上段のみの記載になりますので、下段には斜線を入れてください。

※記入時の注意事項  
全て指定難病に係る医療費である場合には、下段のみの記載で構いませんので、上段には斜線を入れてください。

※記入時の注意事項  
対象外医療費がある場合は上下で記入額が異なります。

※記入時の注意事項  
高額療養費制度の現物給付を適用した場合で、「うち指定難病(※)一部負担金総額」を算出できない場合は、下段に斜線を入れてください。

※記入時の注意事項  
高額療養費制度の現物給付を適用した場合で、全て指定難病に係る医療費である場合には、下段のみの記載で構いませんので、上段には斜線を入れてください。

【問い合わせ窓口】

|             |              |            |              |
|-------------|--------------|------------|--------------|
| 佐賀中部保健福祉事務所 | 0952-30-1673 | 鳥栖保健福祉事務所  | 0942-83-3579 |
| 唐津保健福祉事務所   | 0955-73-4187 | 伊万里保健福祉事務所 | 0955-23-5186 |
| 杵藤保健福祉事務所   | 0954-22-2105 |            |              |

※記入時の注意事項  
調剤の場合は、処方箋を発行した医療機関名を必ず記入してください。