

指定医療機関の方へ【 特定医療費(指定難病)証明書 記載案内 】

- 特定医療費(指定難病)以外の医療又は介護は助成の対象外となります。
- 医療機関ごとに記入してください(必要に応じてコピーしてください)。
- 記載に当たり下記留意事項を読んでいただき、不明点等ございましたら、問い合わせ先までご連絡ください。

留意事項

※難病公費対象分欄に、特定医療費(指定難病)受給疾患に係る、保険診療対象分のみを記入してください。

※有効期間外や、特定医療(指定難病)以外の診療がある場合は、必ず「難病外有」欄に○を記入し、対象月の総日数、総点数、自己負担総額を記載してください。

介護保険制度に基づく介護サービス費の証明の場合はこちらの欄に記入してください。

- <支給対象となる介護の内容>
- ・訪問看護
 - ・訪問リハビリテーション(医療機関実施分)
 - ・居宅療養管理指導
 - ・介護療養施設サービス
 - ・介護予防訪問看護
 - ・介護予防訪問リハビリテーション(医療機関実施分)
 - ・介護予防居宅療養管理指導
 - ・介護医療院サービス

※高額療養費の現物給付を行っている場合、適用区分、多数該当の有無等を記入してください。

※他公費の適用がある場合は、公費名及び金額を記入してください。

特定医療費(指定難病)証明書								
受給者番号	1234567		受給疾患名	○○○○○○○○				
受給者氏名	愛媛 太郎		保険負担割合	社保	国保	前期高齢	後期高齢 (3 割)	
受給者証有効期間	令和 5 年 10 月 15 日 ~ 令和 6 年 9 月 30 日							
<small>※特定医療(指定難病)に係る診療分のみ記載してください。 ※難病医療費助成対象期間外や、特定医療(指定難病)以外の診療がある場合は、「難病外有」欄に「○」を記入のうえ、対象月の総日数、総点数、自己負担総額も記載してください。 (全て有効期間内かつ、指定難病に係る医療等の場合は、難病公費対象分のみ記載でかまいません。)</small>								
診療月	区分	診療日数	保険診療点数・単位		自己負担額		難病外有	
R 5 年 10 月	入院	総日数	23日	総点数	125,000点	総額	57,600円	○
		難病公費対象	21日	難病公費対象分	105,000点	難病公費対象分	57,600円	
	通院 薬局 訪問	総日数	日	総点数	点	総額	円	
		難病公費対象	日	難病公費対象分	点	難病公費対象分	円	
介護	総日数	日	総単位	単位	総額	円		
	難病公費対象	日	難病公費対象分	単位	難病公費対象分	円		
R 5 年 11 月	入院	総日数	3日	総点数	8,127点	総額	24,380円	
		難病公費対象	1日	難病公費対象分	780点	難病公費対象分	2,340円	
	通院 薬局 訪問	総日数	日	総点数	点	総額	円	
		難病公費対象	日	難病公費対象分	点	難病公費対象分	円	
介護	総日数	日	総単位	単位	総額	円		
	難病公費対象	日	難病公費対象分	単位	難病公費対象分	円		
R 5 年 12 月	入院	総日数	日	総点数	点	総額	円	
		難病公費対象	日	難病公費対象分	点	難病公費対象分	円	
	通院 薬局 訪問	総日数	日	総点数	点	総額	円	
		難病公費対象	1日	難病公費対象分	780点	難病公費対象分	2,340円	
介護	総日数	日	総単位	単位	総額	円		
	難病公費対象	日	難病公費対象分	単位	難病公費対象分	円		
備考 令和5年10月 高額療養費適用区分E 多数該当なし <small>※ 高額療養費の限度額適用認定証による現物給付を行っている月がある場合は、適用区分 ※ 他公費が適用された医療費は対象外となります。適用されている場合は、参考に公費名及び金額を記載してください。</small>								
上記のとおり証明します。 令和 5 年 12 月 31 日								
			名称	○○○病院				
			所在地	愛媛県松山市〇〇丁1丁目23番				
			代表者名	愛媛 一郎 代表者印				
			担当者名	愛媛 次郎				
			連絡先	医事課 0892-12-3456				

※代表者名を記入してください。(薬局の場合、管理薬剤師でも可。)

※不明点を確認させていただきますので、必ず記入してください。

【問い合わせ先】

〒790-8570
 愛媛県松山市一番町四丁目4-2 愛媛県庁第一別館2階
 愛媛県健康増進課 難病対策係 償還払い担当