

特定医療費（指定難病）証明書

（ 年 月分）

この月の高額療養費制度の適用区分	
------------------	--

※証明書は、月ごとに作成願います。

受給者番号		特定医療費自己負担限度額	円
受給者氏名		有効期間の始期日	年 月 日

		入院期間	健康保険等負担割合 (いずれかに○)	総医療費 (点数×10)	受給者からの領収額 (保険診療外の費用は含まないでください)
入院分	全入院期間	(入院日 ____日～____日)	3割 2割 1割 高額療養費適用	_____円	_____円
	始期前	(入院日 ____日～____日)	3割 2割 1割 高額療養費適用	_____円	_____円

	診療日	健康保険等負担割合 (いずれかに○)	総医療費 (点数×10)	受給者からの領収額 (保険診療外の費用は含まないでください)
通院分（入院以外の医療機関の診療及び薬局での保険調剤、訪問看護等に係る医療費）	____日 ____日 ____日 ____日	3割 2割 1割 高額療養費適用	_____円	_____円
※有効期間始期日以降分を記入のこと				

上記のとおり、患者負担金は受給者より領収済であり、公費併用レセプトにより国保連合会および社会保険支払基金へ請求していないことを証明します。

年 月 日 所在地

医療機関等名称

代表者名

印