

特定医療費（指定難病）診療報酬請求明細書

受給者番号		保険種別 自己負担割合	<input type="checkbox"/> 被用者 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 国組 <input type="checkbox"/> 後期高齢
患者氏名			<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割
生年月日	年 月 日	疾病名	
受給者証 有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	自己負担 上限月額	円

診療年月	区分	診療日数	総医療費	窓口支払額
	区分ごとに別行に記載	診療月の総日数	診療月の総医療費	窓口での支払い額
		受給者証の有効期間内 で、難病に係る診療等を行 った日数		受給者証の有効期間内で、難病 に係る総医療費
年 月	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> 介護	日	円	円
年 月	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> 介護	日	円	円
年 月	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> 介護	日	円	円
年 月	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> 介護	日	円	円
年 月	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> 介護	日	円	円

【備考】

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

医療機関等
名 称

住 所

記入担当者
所属・氏名

連 絡 先

裏面の「指定医療機関の皆様へ」を御確認ください

指定医療機関の皆様へ

注意事項

- この明細書は、特定医療費（指定難病）の受給者が、受給者証を提示せずに指定医療機関の窓口で支払った医療費について、県へ償還払いの手続きをするために必要な書類です。
- 受給者等が依頼された場合に、記載をお願いします。
- 償還払いの対象は指定医療機関で提供された、認定になった疾病及び当該疾病に附随して発生する傷病に関する、保険適用の医療費です。
 - ※指定医療機関でない場合は、記載しないでください。
 - ※保険適用外の医療費（差額ベッド代など）や文書料は対象外です。
 - ※入院時の食事（生活）療養費は対象外です。
- 指定医療機関ですでに特定医療費（指定難病）の公費を適用したもの（※）については、記載しないでください。
 - （※）「自己負担上限額管理票」へ記載してください。
- 指定医療機関（病院、診療所、薬局及び訪問看護）ごとに作成してください。
- 証明が5か月を超える場合は、必要枚数をコピーして作成してください。
- 当該明細書の発行手数料は、指定医療機関の判断となります。手数料が発生する場合は、患者さんに請求してください。

記載例

受給者証に記載された内容を記載

受給者番号	1234567	保険種別	<input checked="" type="checkbox"/> 被用者 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 国組 <input type="checkbox"/> 後期高齢
患者氏名	秋田 太郎	自己負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input checked="" type="checkbox"/> 3割
生年月日	平成〇〇年 〇〇月 〇〇日	疾病名	受給者証に記載の疾病名
受給者証有効期間	令和〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 令和〇〇年〇〇月〇〇日	自己負担上限月額	〇〇〇〇円

診療年月	区分	診療日数	総医療費	窓口支払額
		診療月の総日数 受給者証の有効期間内で、難病に係る診療等を行った日数	診療月の総医療費 受給者証の有効期間内で、難病に係る総医療費	窓口での支払い額 総医療費×自己負担割合 又は 高額療養費限度額 (難病分のみ)
〇年5月	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> 介護	15日 12日	1,150,000円 950,000円	57,600円
〇年5月	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> 介護	2日	50,000円	15,000円
〇年6月	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> 介護	1日	3,410円	1,020円

【備考】

その月が難病にかかる診療（調剤）のみの場合は空欄でも可

有効期間外、認定外疾病及び保険適用外の医療費は除いて記載

上記のとおり証明します。

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

医療機関等

名称 〇〇病院

押印不要

住所 〇〇市〇〇〇丁目〇-〇

記入担当者

所属・氏名 〇〇課 〇〇 〇〇

連絡先 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

裏面の「指定医療機関の皆様へ」を御確認ください