



**【記入上の留意点】**

- (1) 複数の医療機関で証明書を発行する場合は必要枚数をコピーしてください。
- (2) 同一月に医療保険と介護保険を適用している場合は欄を分けて記入してください。
- (3) 「自己負担割合」及び「高額療養費適用区分」は、マイナ保険証・オンライン資格確認・限度額確認証等で確認した診療時の情報を記入してください。
- (4) 表①②について、「総額」が全て指定難病にかかる医療等の場合、「うち難病」は同額になります。
- (5) 代表者名は必ず署名又は記名押印としてください。ゴム印のみ等で署名又は記名押印されていない場合、再提出を求めることとなりますのでご注意ください。
- (6) 記載された療養費証明書について、コピーを保管願います。

**【証明欄記載例】**

**<例1> 入院期間の途中（20日）から指定難病医療費助成開始となる場合**

診療年月	自己負担割合	診療時の高額療養費適用区分	医療費区分	診療区分	診療期間	診療日数	①総医療費・介護給付費（10割）	②患者負担額
					上段に同月内の総額を記載。下段に受給者証有効期間内の指定難病にかかる医療の抽出額を記載。			
□年○月	□1割 □2割 ☑3割	区分（エ） 多数該当 □有 ☑無	総額 うち難病	入院 ※食事療養費及び生活療養費は除く	3日～31日	29日	800,000円	57,600円
					20日～31日	12日	700,000円	

**<例2> 調剤薬局で、指定難病受給者証利用せず医療保険3割で患者負担が発生した場合**

診療年月	自己負担割合	診療時の高額療養費適用区分	医療費区分	診療区分	診療期間	診療日数	①総医療費・介護給付費（10割）	②患者負担額
					上段に同月内の総額を記載。下段に受給者証有効期間内の指定難病にかかる医療の抽出額を記載。			
□年○月	□1割 □2割 ☑3割	区分（エ） 多数該当 □有 ☑無	総額 うち難病	□外来 ☑調剤薬局 □介護保険サービス	3日～17日	2日	18,000円	5,400円
					3日～17日	2日	18,000円	

「うち難病」欄は、「総額」に記入した医療等に対する指定難病医療費助成の対象医療の内訳を記入していただくものです。

**【注意！】**

「②患者負担額」の「うち難病」欄に、仮に受給者証を使用した場合に領収する予定の金額（2割）を記入いただく例が見受けられますが、実際に患者が負担した金額を記入してください。

**<例3> 介護保険を適用した場合**

診療年月	自己負担割合	診療時の高額療養費適用	医療費区分	診療区分	診療期間	診療日数	①総医療費・介護給付費（10割）	②患者負担額
					上段に同月内の総額を記載。下段に受給者証有効期間内の指定難病にかかる医療の抽出額を記載。			
□年○月	☑1割 □2割 □3割	区分（ ） 多数該当 □有 □無	総額 うち難病	□外来 □調剤薬局 ☑介護保険サービス	3日～3日	1日	20,000円	2,000円
					3日～3日	1日	20,000円	

記入不要です

**【問い合わせ先】** 仙台市指定難病担当 電話：022-796-8743（直通）