

※償還払いを受けるための書類です。医療機関・調剤薬局等の方がすべてを記入してください。

特定医療（指定難病）療養費証明書

受給者氏名	生年 月 日	大 昭 平 令	年 月 日生(歳)
保険区分	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 協会 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢	①被保険者負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割
①限度額適用認定証による現物給付	<input type="checkbox"/> 有り(アイウエオ VI V IV III II I 多数該当 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 無し		
②下記医療等にかかる 特定医療（指定難病）の公費適用	<input type="checkbox"/> 適用なし <input type="checkbox"/> 適用		

診療年月	医療費 区 分	③診療 区 分	診 療 期 間	診療 日数	④ 総医療費	⑤ 医療費 患者負担額	⑥食事療養費 標準負担額 (利用回数)	⑦ (⑤+⑥) 患者負担額計
			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	総 額	入 院	日～ 日	日	円	円	円 (円× 回)	円
	うち難病		日～ 日	日	円	/	円 (円× 回)	/
月	総 額	外 来 等	日～ 日	日	円	円	/	/
	うち難病		日～ 日	日	円	円	/	/

上記のとおり証明します。

年 月 日

医療機関等

所 在 地

名 称

代表者名

※本人（代表者）が自署しない場合は、記名押印してください。

処方箋発行医療機関名※調剤薬局の場合

⑧

連絡先 (TEL)

証明書記載者名

医療機関コード* (固有コード 7桁)

--	--	--	--	--	--	--	--

【記入上の留意点】

- (1) 証明書は、月ごと一枚となります。なお、同月内に入院と外来がある場合は、併記できます。
- (2) ①～⑧までの記入上の留意点 ※記載例は裏面参照
 - ①,①'→窓口で実際に適用した「負担割合」「高額療養」を記載してください。
 - ②→公費医療（法別番号 54）を適用し請求を行った医療費については、「適用」にチェックを入れてください。
 - ③→調剤薬局及び訪問看護ステーションの場合は、「外来等」の欄に記入してください。
 - ④,⑤→総額が全て指定難病にかかる医療等の場合、「総額」と「うち難病」の金額は同額になります。
 - ⑧→記載内容に不明な点があった場合は、仙台市から問い合わせをいたしますので、連絡先及び証明書記載者名は必ず記載願います。また、療養費証明書の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

診療年月	医療費区分	③診療区分	診療期間	診療日数	④総医療費	⑤医療費患者負担額	⑥食事療養費標準負担額（利用回数）	⑦（⑤+⑥）患者負担額計
			上段に同月内の総額を記載。下段に特定医療の抽出額を記載。					
□年 ○月	総額	入院	3日～31日	29日	800,000円	57,600円	40,020円 (460円×87回)	97,620円
	うち難病		20日～31日	12日	700,000円		16,560円 (460円×36回)	

<例2> 外来、指定難病受給者証利用せず医療保険3割で患者負担発生

診療年月	医療費区分	③診療区分	診療期間	診療日数	④総医療費	⑤医療費患者負担額	⑥食事療養費標準負担額（利用回数）	⑦（⑤+⑥）患者負担額計
			上段に同月内の総額を記載。下段に特定医療の抽出額を記載。					
□年 ○月	総額	外来等	3日～17日	2日	18,000円	5,400円		
	うち難病		3日～17日	2日	18,000円	5,400円		

「うち難病」欄は、「総額」に記載され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載していただくものです。

「総額」にかかる医療等の全てが医療費助成の対象医療である場合、「うち難病」欄は「総額」と同額になります。

【注意！】

「⑤医療費患者負担額」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、そうではございませんのでご注意ください。

<例3> 外来、総医療費に指定難病以外の医療費を含む場合

診療年月	医療費区分	③診療区分	診療期間	診療日数	④総医療費	⑤医療費患者負担額	⑥食事療養費標準負担額（利用回数）	⑦（⑤+⑥）患者負担額計
			上段に同月内の総額を記載。下段に特定医療の抽出額を記載。					
□年 ○月	総額	外来等	3日～3日	1日	18,000円	5,400円		
	うち難病		3日～3日	1日	12,000円	3,600円		

【当件に係る問い合わせ先】 仙台市障害者総合支援センター（ウェルポートせんだい）

電話：022-725-7853