

様式第2号（第2条関係）
（その1）

特定医療費（指定難病）証明書									
受給者	受給者番号							氏 名	
	生年月日	年 月 日							
	保険の種類：		自己負担割合：		割		適用区分：		
1 医療機関分（明細）（ 年 月分）									
区 分	診療実 日数 ※1	診療日 ※1	指定難病公費 対象点数※2 (当該診療月の総点数)		指定難病公費対象 患者負担額※3 (当該診療月の患者負担総額※4)		備考欄 ※5		
入院医療費	日	日から 日まで	点 (点)		円 (円)				
外来医療費	日	日から 日まで	点 (点)		円 (円)				
指定難病に係る医療費について、上記のとおり領収したことを証明します。 年 月 日 所在地 医療機関 名称 代表者名									
記入者氏名 所属 連絡先									
2 薬局分（明細）（ 年 月分）									
区 分	調剤実 日数 ※1	調剤日 ※1	指定難病公費 対象点数※2 (当該調剤月の総点数)		指定難病公費対象 患者負担額※3 (当該調剤月の患者負担総額※4)		備考欄 ※5		
院外処方による薬局分	日	日から 日まで	点 (点)		円 (円)				
指定難病に係る医療費について、上記のとおり領収したことを証明します。 年 月 日 所在地 薬 局 名称 代表者名									
記入者氏名 所属 連絡先									
3 訪問看護ステーション分（明細）（ 年 月分）									
区 分	訪問実 日数 ※1	訪問日 ※1	指定難病公費 対象基準額※2 (当該訪問月の総額)		指定難病公費対象 患者負担額※3 (当該訪問月の患者負担総額※4)		備考欄 ※5		
訪問看護療養費	日	日から 日まで	円 (円)		円 (円)				
指定難病に係る医療費について、上記のとおり領収したことを証明します。 年 月 日 所在地 訪問看護ステーション 名称 代表者名									
記入者氏名 所属 連絡先									

- 注1 1か月ごとに作成してください。
- 2 1欄～3欄は、難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項に規定する指定医療機関が記載してください。
- 3 ※1欄は、受給者証の有効期間内の日を記載してください。
- 4 ※2欄は、受給者証の有効期間内における特定医療費（指定難病）の対象となる保険点数（訪問看護ステーションの場合は、金額）を記載してください。
- 5 ※3欄は、高額療養費の限度額まで支払をしている場合は、記載不要です。
- 6 ※4欄は、高額療養費の限度額まで支払をしている場合は、高額療養費の限度額を記載してください。
- 7 ※5欄は、他の医療費助成の制度の適用がある場合は、適用される医療費助成の制度の名称を記載してください。

(その2)

特定医療費（指定難病）証明書									
受給者	受給者番号							氏 名	
	生年月日	年 月 日							
	保険の種類： 自己負担割合： 割 適用区分：								
1 介護保険分（明細）（ 年 月分）									
区 分	サービス 実日数 ※1	サービス を受けた期間 ※1	指定難病公費 対象基準額※2 （当該利用月の総額）		指定難病公費 対象患者負担額 （当該利用月の 患者負担総額）		備考欄 ※3		
訪問看護 介護予防訪問看護	日	日から 日まで	円		円				
			(円)		(円)				
訪問リハビリテー ション 介護予防訪問リハ ビリテーション	日	日から 日まで	円		円				
			(円)		(円)				
居宅療養管理指導 介護予防居宅療養 管理指導	日	日から 日まで	円		円				
			(円)		(円)				
指定難病に係る医療費について、上記のとおり領収したことを証明します。 年 月 日 所在地 記入者氏名 介護保険事業者 名称 所属 代表者名 連絡先									

注1 1 か月ごとに作成してください。

2 1 欄は、難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項に規定する指定医療機関が記載してください。

3 ※1 欄は、受給者証の有効期間内の日を記載してください。

4 ※2 欄は、受給者証の有効期間内における特定医療費（指定難病）の対象となる金額を記載してください。

5 ※3 欄は、他の医療費助成の制度の適用がある場合は、適用される医療費助成の制度の名称を記載してください。