

様式第2号（第2条関係）

（その1）

特定医療（指定難病）療養費証明書									
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	診療日	公費対象点数	患者負担額		備考欄			
入院医療費	日	日から 日まで	(点 点)	円 高額療養費現物給付制度適用 (有・無)					
外来医療費	日	日から 日まで	(点 点)	円					
食事療養費 または 生活療養費	日	日から 日まで	(基準額)	円					
指定難病（病名： 年 月 日）に係る療養について、上記のとおり領収したことを証明します。 所在地 医療機関名称 代表者名									
※2 薬局分（明細）（ 年 月分）									
区分	実調剤日数	診療日	公費対象点数	患者負担額		備考欄			
院外処方による薬局分	日	日から 日まで	(点 点)	円					
指定難病（病名： 年 月 日）に係る療養について、上記のとおり領収したことを証明します。 所在地 薬局名称 代表者名									
※3 訪問看護ステーション分（明細）（ 年 月分）									
区分	実訪問日数	訪問日	基準額	患者負担額		備考欄			
訪問看護療養費	日	日から 日まで	円	円					
指定難病（病名： 年 月 日）に係る療養について、上記のとおり領収したことを証明します。 所在地 訪問看護ステーション名称 代表者名									

注1 1か月ごとに作成してください。

2 ※1欄～※3欄は、それぞれの医療機関等において記載してください。

3 医療機関分および薬局分の公費対象点数欄の（ ）内には、該当月の総点数を記載してください。

4 医療機関分の患者負担額欄は、高額療養費現物給付制度適用で限度額を超える場合は、高額療養費の負担限度額を記載してください。