

特定医療費証明書(医療機関・薬局用)

受給者番号	患者氏名

申請理由
 《どちらかに○》 1. 有効期間中に保険単独で支給をしたため
 2. 受給者証を適用して支払をした医療費について自己負担上限額が変更されたため

診療年月	診療科	区分	受診日数	左記のうち有効期間内の日数	1ヶ月の総保険点数	左記のうち有効期間内でかつ特定医療に係る保険点数	自己負担割合	行政記載欄
年 月	医科 歯科	入院 外来 調剤	日	日	点	点	一般 (2 割 ・ 3 割) 高齢受給者 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割) 後期高齢者医療 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割)	
年 月	医科 歯科	入院 外来 調剤	日	日	点	点	一般 (2 割 ・ 3 割) 高齢受給者 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割) 後期高齢者医療 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割)	
年 月	医科 歯科	入院 外来 調剤	日	日	点	点	一般 (2 割 ・ 3 割) 高齢受給者 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割) 後期高齢者医療 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割)	
年 月	医科 歯科	入院 外来 調剤	日	日	点	点	一般 (2 割 ・ 3 割) 高齢受給者 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割) 後期高齢者医療 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割)	
年 月	医科 歯科	入院 外来 調剤	日	日	点	点	一般 (2 割 ・ 3 割) 高齢受給者 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割) 後期高齢者医療 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割)	
年 月	医科 歯科	入院 外来 調剤	日	日	点	点	一般 (2 割 ・ 3 割) 高齢受給者 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割) 後期高齢者医療 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割)	
年 月	医科 歯科	入院 外来 調剤	日	日	点	点	一般 (2 割 ・ 3 割) 高齢受給者 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割) 後期高齢者医療 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割)	
年 月	医科 歯科	入院 外来 調剤	日	日	点	点	一般 (2 割 ・ 3 割) 高齢受給者 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割) 後期高齢者医療 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割)	
年 月	医科 歯科	入院 外来 調剤	日	日	点	点	一般 (2 割 ・ 3 割) 高齢受給者 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割) 後期高齢者医療 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割)	
年 月	医科 歯科	入院 外来 調剤	日	日	点	点	一般 (2 割 ・ 3 割) 高齢受給者 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割) 後期高齢者医療 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割)	

上記のとおり証明します

年 月 日

保険医療機関コード

所在地

指定医療機関名

代表者

電話番号 ()

証明担当者

【注意事項及び記入例】

注意事項

- ・特定医療費証明書は、認定された疾病及びその疾病に付随して発症する傷病に対する医療(特定医療)に係る医療費等を確認するものです。
- ・同一月内で公費併用レセプト(法別54)で請求した医療費がある場合、当該医療費についてはこの証明書での償還はできませんので注意してください。
- ・受給者証に記載された認定疾病と有効期間を確認のうえ、記入してください。
- ・同一医療機関で複数の診療科を受診した場合は、合算した点数を記入してください。(ただし、入院、外来は分けて記入してください)
- ・他の公費負担医療による給付(福祉医療等)を受けた医療費については、欄外にその旨を記入してください。

申請理由 ① 有効期間中に保険単独で支給をしたため
 (どちらかに○) ② 受給者証を適用して支払をした医療費について自己負担上限額が変更されたため

診療年月	診療科	区分	①	②	③	④	自己負担割合	行政記載欄
R2年 6月	内科	入院	15	15	300,000	25,000	一般(2割・3割) 高齢受給者(1割・2割・3割) 後期高齢者医療(1割・2割・3割)	
R2年 7月	内科	入院	15	15	85,000	4,500	一般(2割・3割) 高齢受給者(1割・2割・3割) 後期高齢者医療(1割・2割・3割)	

- ① この列には1ヶ月の総受診日数を記入してください。
- ② この列には①のうち、受給者証の有効期間内の日数を記入してください。①と同じ場合は、同じ日数を記入してください。
- ③ この列には1ヶ月の総保険点数を記入してください。
- ④ この列には③のうち認定された疾病及び認定された疾病から発生する傷病にかかる診療点数を記入してください。③と同じ場合は、同じ点数を記入してください。

上記のとおり証明します

〇〇年 〇月 〇〇日

保険医療機関コード

231XXXXXXXX

所在地 XXXXXXXXXXXXXXX

指定医療機関名 〇〇〇〇病院

代表者 △△△△

電話番号 (XXXX) XX-XXXX

証明担当者 医事課 〇〇

・証明内容について、県庁から問い合わせる場合がありますので、電話番号、証明担当者または担当部署名を必ず記入してください。