

## 特定医療費等証明書

※ 必ず指定医療機関に記入を依頼してください。受給者等による記載は無効です。

※ 指定医療機関(病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション)毎に1枚ずつ記載してください。

受給者名					受給者番号		受給者証の有効期間		年 月 日～ 年 月 日	
診療 調剤 年月	保険 種別	負担 区分	高額療 養費の 適用 区分 ※1	入院 外来 調剤 訪看 別	受診 日数	1か月分の 保険総点数 ※2	左記のうち 有効期間内 かつ、 指定難病の 対象分に係る 保険点数	患者負担額 ※3	岩手県 使用欄	
年 月	国保 社保 後期 介護	1割 2割 3割		入院 外来 調剤 訪看	日	点	点	円		
年 月	国保 社保 後期 介護	1割 2割 3割		入院 外来 調剤 訪看	日	点	点	円		
年 月	国保 社保 後期 介護	1割 2割 3割		入院 外来 調剤 訪看	日	点	点	円		
年 月	国保 社保 後期 介護	1割 2割 3割		入院 外来 調剤 訪看	日	点	点	円		
年 月	国保 社保 後期 介護	1割 2割 3割		入院 外来 調剤 訪看	日	点	点	円		
年 月	国保 社保 後期 介護	1割 2割 3割		入院 外来 調剤 訪看	日	点	点	円		

※1 オンライン資格確認又は限度額認定証で確認した高額療養費の適用区分を記載してください。

※2 訪問看護の場合は、点を円に読み替えてください。

※3 実際に領収した金額を記入してください。(食費や保険外の費用は含みません。)

上記のとおり証明します。

年 月 日

指定医療機関

所在地

施設名

管理者名

電話番号

(記入者名)

部署名

氏名

電話番号内線

# 指定医療機関の皆様へ

## 注意事項

- この証明書は、特定医療費(指定難病)の受給者が、受給者証を提示せず指定医療機関の窓口で支払った医療費について、県へ償還払いの手続きを行うために必要な書類です。
- 償還払いの対象は、指定医療機関で実施した受給者証を発行している指定難病及び当該疾病に付随して発生する傷病に関する保険適用のサービスです。  
 〈医療保険〉診察、薬剤の支給、医学的処置及び手術、居宅における療養上の管理及びその治療に伴う世話その他看護、病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他看護  
 〈介護保険〉訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防居宅療養管理指導、介護医療院サービス
- ※ 保険適用外の医療費(差額ベッド代等)や文書料は対象外です。
- ※ 入院時の食事(生活)療養費は対象外です。
- 指定医療機関で既に特定医療費(指定難病)の公費を適用して請求したものについては、当該様式には記入せず、自己負担上限額管理票へ記入してください。
- 当該証明書の発行に係る手数料が発生する場合は、受給者へ請求してください。

## 記載例

受給者の情報は、受給者証を確認し記入してください。

レセプト単位で記入してください。

保険種別・負担区分は、受診時の主保険の情報に○をしてください。介護保険適用の場合は、介護に○をしてください。

受給者証の有効期間に関わらず、月の診療日数を記入してください。薬局では、処方せんの受付回数を記入してください。

高額療養費の区分については、オンライン資格確認等で確認した記号を記入してください。多数回該当の場合は、「多数」と記入してください。

所属部署名、担当者名(問い合わせに対応できる方)を必ず記入してください。

受給者名		岩手 太郎		受給者番号		1234567		受給者証の有効期間		令和7年 10月 1日～ 令和8年 9月 1日	
診療 調剤 年月	保険 種別	負担 区分	高額療 養費の 適用 区分※1	入院 外来 調剤 訪看 別	受診 日数	1か月分の 保険総点数 ※2	左記のうち 有効期間内 かつ、 指定難病の 対象分に係る 保険点数	患者負担額 ※3	岩手県 使用欄		
R7.10	国保	1割		入院 外来	12	115,000	115,000	57,600			
後期	社保	2割	工	調剤 訪看	日	点	点	円			
年月	介護	3割									
R7.10	国保	1割		入院 外来	2	5,000	5,000	15,000			
後期	社保	2割	工	調剤 訪看	日	点	点	円			
年月	介護	3割									
R7.11	国保	1割		入院 外来	2	2,000	2,000	6,000			
後期	社保	2割	工	調剤 訪看	日	点	点	円			
年月	介護	3割									
	国保	1割		入院 外来							
後期	社保	2割		調剤 訪看							
年月	介護	3割									
	国保	1割		入院 外来							
後期	社保	2割		調剤 訪看							
年月	介護	3割									
	国保	1割		入院 外来							
後期	社保	2割		調剤 訪看							
年月	介護	3割									

※1 オンライン資格確認又は限度額認定証で確認した高額療養費の適用区分を記載してください。  
 ※2 訪問看護の場合は、点を円に読み替えてください。  
 ※3 実際に領収した金額を記入してください。(食費や保険外の支払いは含まれません。)

上記のとおり証明します。

令和8年 2月 1日

押印不要

指定医療機関 所在地 岩手県〇〇市〇〇

(記入者名)  
部署名 〇〇課

施設名 〇〇法人〇〇病院

氏名 〇〇〇〇

管理者名 〇〇 〇〇

電話番号内線

電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇