

様式4

※ この様式は、指定医療機関（病院、診療所、薬局及び訪問看護ステーション）ごとに記入してもらってください。

※ 複数の指定医療機関で証明をもらう場合は、必要枚数をコピーしてください。

特定医療費（指定難病）療養証明

受給者氏名		受給者番号	
受給者証の有効期間	年 月 日 から 年 月 日 <small>※受給者証の指定難病に関連のない治療や、有効期間外における治療等は記入対象外です。</small>		
診療年月		総医療費・介護給付費 (10割) (円・単位)	患者窓口支払額 <small>※各公費負担医療を適用している場合は、余白等にご記入願います。</small>
年 月 <small>※保険調剤（薬局）は、処方箋発行医療機関名を「介護保険サービス」欄にご記入願います。</small>	入院		
	通院		
	薬局		
	介護保険サービス		
年 月	入院		
	通院		
	薬局		
	介護保険サービス		
年 月	入院		
	通院		
	薬局		
	介護保険サービス		
年 月	入院		
	通院		
	薬局		
	介護保険サービス		
備考欄	（入院の場合は、この備考欄や余白等に入院期間を記入お願いいたします。）		
上記のとおり領収したことを証明します。 年 月 日 医療機関等 所在地 名称 電話 代表者名			
			印

指定医療機関へのお願いく裏面をご覧ください>

指定医療機関へのお願い

1 この証明は、指定難病の治療を受けた患者さんが、指定医療機関の窓口で支払った医療費を支給するために必要な事項について、医療機関からの証明をお願いするものです。

したがって、指定難病以外の治療や特定医療費（指定難病）受給者証の有効期間以外における治療等については対象外となります。

2 医療費助成の対象は、指定医療機関で提供された特定医療費（指定難病）のみです。指定医療機関でない医療機関は証明しないでください。

3 記載にあたっては、お手数ですが、診療月ごとに証明してください。なお、高額療養費の委任払いをしているときは、余白にその旨を記載してください。

また、入院の場合は、入院期間を備考欄等に記載してください。

4 調剤薬局における保険調剤は「薬局」欄に記載し、「介護保険サービス」欄に処方箋発行医療機関名を記載してください。

5 介護保険サービスは、金額及び単位いずれも記載してください。