

様式第2号（第2条関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

特定医療費（指定難病）証明書

|                                       |   |           |    |   |  |         |                |   |            |  |  |   |
|---------------------------------------|---|-----------|----|---|--|---------|----------------|---|------------|--|--|---|
| 受診者氏名                                 |   |           |    |   |  | 受給者番号   |                |   |            |  |  |   |
| 指定難病の名称                               |   |           |    |   |  |         |                |   |            |  |  |   |
| 支給認定の有効期間                             | 年 月 日 から                                |           |    |   |  | 年 月 日まで |                |   |            |  |  |   |
| 有効期間開始月の入院期間                          | 入院日                                     | 年         | 月  | 日 | 退院日                                    | 年       | 月              | 日 | 入院期間全体の総点数 |  |  | 点 |
| 診療年月                                  | 保険種別<br>負担割合<br>(該当するものに<br>○印を付けてください) | 診療実日数     |    |   | 医療費総額<br>(10割)                         | 患者負担額   | 査定欄<br>(職員記入欄) |   |            |  |  |   |
|                                       |   |           |    |   | 標準負担額                                  |         |                |   |            |  |  |   |
| 年<br>月分<br>限度額証の<br>提示<br>有・無<br>所得区分 | 医療保険<br>1割<br>2割<br>3割                  | 入 院       | 日間 | 円 | 円                                      |         |                |   |            |  |  |   |
|                                       |   | 通 院       | 日  | 円 | 円                                      |         |                |   |            |  |  |   |
|                                       |   | 薬 局       | 日  | 円 | 円                                      |         |                |   |            |  |  |   |
|                                       | 介護保険<br>1割<br>2割<br>3割                  | 訪問看護      | 日  | 円 | 円                                      |         |                |   |            |  |  |   |
|                                       |   | 訪問リハ      | 日  | 円 | 円                                      |         |                |   |            |  |  |   |
|                                       |   | 居宅療養管理指導  | 日  | 円 | 円                                      |         |                |   |            |  |  |   |
|                                       |   | 介護療養型医療施設 | 日  | 円 | 円                                      |         |                |   |            |  |  |   |
| 年<br>月分<br>限度額証の<br>提示<br>有・無<br>所得区分 | 医療保険<br>1割<br>2割<br>3割                  | 入 院       | 日間 | 円 | 円                                      |         |                |   |            |  |  |   |
|                                       |   | 通 院       | 日  | 円 | 円                                      |         |                |   |            |  |  |   |
|                                       |   | 薬 局       | 日  | 円 | 円                                      |         |                |   |            |  |  |   |
|                                       | 介護保険<br>1割<br>2割<br>3割                  | 訪問看護      | 日  | 円 | 円                                      |         |                |   |            |  |  |   |
|                                       |   | 訪問リハ      | 日  | 円 | 円                                      |         |                |   |            |  |  |   |
|                                       |   | 居宅療養管理指導  | 日  | 円 | 円                                      |         |                |   |            |  |  |   |
|                                       |   | 介護療養型医療施設 | 日  | 円 | 円                                      |         |                |   |            |  |  |   |
| 年<br>月分<br>限度額証の<br>提示<br>有・無<br>所得区分 | 医療保険<br>1割<br>2割<br>3割                  | 入 院       | 日間 | 円 | 円                                      |         |                |   |            |  |  |   |
|                                       |   | 通 院       | 日  | 円 | 円                                      |         |                |   |            |  |  |   |
|                                       |   | 薬 局       | 日  | 円 | 円                                      |         |                |   |            |  |  |   |
|                                       | 介護保険<br>1割<br>2割<br>3割                  | 訪問看護      | 日  | 円 | 円                                      |         |                |   |            |  |  |   |
|                                       |   | 訪問リハ      | 日  | 円 | 円                                      |         |                |   |            |  |  |   |
|                                       |   | 居宅療養管理指導  | 日  | 円 | 円                                      |         |                |   |            |  |  |   |
|                                       |   | 介護療養型医療施設 | 日  | 円 | 円                                      |         |                |   |            |  |  |   |
| 上記のとおり、領収したことを証明します。                  |   |           |    |   | 静岡県指定医療機関番号（静岡県内の医療機関である場合のみ記入してください。） |         |                |   |            |  |  |   |
| 年 月 日                                 |   |           |    |   | 作成者                                    |         |                |   |            |  |  |   |
| 指定医療機関の所在地                            |   |           |    |   | 所属・氏名                                  |         |                |   |            |  |  |   |
| 指定医療機関の名称                             |   |           |    |   | 電話番号                                   |         |                |   |            |  |  |   |
| 代表者職氏名                                |   |           |    |   |  |         |                |   |            |  |  |   |

注 薬の処方については、処方した日数を記入してください。

裏面を必ず御覧ください

# 記載例 (医療機関向け)

指定難病用 R8.4 版

受給者証を見て記載してください。

指定難病や支給認定の有効期間は、複数ある場合がありますので御注意ください

診療年月ごとに記載してください。

**診療実日数及び各金額は、必ず有効期間内のもののみを記載してください（有効期間が月途中からのものは月途中からの分のみ）。**

**限度額認定証やオンライン資格確認システムで確認した場合は限度額認定証の提示「有」としてください。**

**・限度額認定証やオンライン資格確認システムで確認した所得区分を記載してください。**

**・所得区分を確認できていない場合は「不明」と記載してください。**

医療保険を使用した場合は、使用した医療保険の患者負担割合に丸、介護保険を使用した場合は介護保険の患者負担割合に丸をしてください。受給者証適用により2割負担でも保険自体が3割負担の場合は、3割に丸をしてください。

必ず全て記載してください。

静岡県指定医療機関番号については、本県から指定通知書が届いていない場合は空欄で構いません。

・負担上限月額管理票に記載していない分を記載してください。

・指定難病の治療に係る保険診療の金額のみを記載してください。（選定療養費は対象になりません。）

・医療費総額と患者負担額の関係が保険の負担割合や高額療養費の限度額と一致しない場合、その理由を付箋等で補記してください。（例）他科の診療あり、有効期間前の診療あり

様式第2号（第2条関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

特定医療費（指定難病）証明書

| 受診者氏名   | 静岡 太郎  |                       | 受給者番号          | 1        | 2       | 3              | 4 | 5 | 6 | 7 |  |
|---|--|-----------------------|----------------|----------|---------|----------------|---|---|---|---|--|
| 指定難病の名称   | 潰瘍性大腸炎   |                       |                |          |         |                |   |   |   |   |  |
| 支給認定の有効期間                                       | 令和8年1月20日から令和8年9月30日まで                         |                       |                |          |         |                |   |   |   |   |  |
| 有効期間開始月のみの入院期間                                  | 入院日 令和8年1月10日 退院日 令和8年1月31日 入院期間全体の総点数 90,000点 |                       |                |          |         |                |   |   |   |   |  |
| 診療年月  | 保険種別<br>負担割合<br>該当するものに<br>○印してください            | 診療実日数                 | 医療費総額<br>(10割) |          | 患者負担額   | 査定欄<br>(職員記入欄) |   |   |   |   |  |
|   |  |                       | 標準負担額          |          |         |                |   |   |   |   |  |
| 令和8年<br>1月分<br>限度額証の<br>提示<br>有・無<br>所得区分<br>不明 | 医療保険   | 入院                    | 13日間           | 320,000円 | 3,200円  |                |   |   |   |   |  |
|   |  | 通院                    | 1日             | 15,000円  | 4,500円  |                |   |   |   |   |  |
|   |  | 薬局                    | 日              | 円        | 円       |                |   |   |   |   |  |
|   | 介護保険   | 訪問看護                  | 日              | 円        | 円       |                |   |   |   |   |  |
|   |  | 訪問リハ                  | 日              | 円        | 円       |                |   |   |   |   |  |
|   |  | 居宅療養管理指導<br>介護療養型医療施設 | 日              | 円        | 円       |                |   |   |   |   |  |
| 令和8年<br>2月分<br>限度額証の<br>提示<br>有・無<br>所得区分<br>不明 | 医療保険   | 入院                    | 20日間           | 850,000円 | 85,930円 |                |   |   |   |   |  |
|   |  | 通院                    | 2日             | 9,000円   | 1,800円  |                |   |   |   |   |  |
|   |  | 薬局                    | 日              | 円        | 円       |                |   |   |   |   |  |
|   | 介護保険   | 訪問看護                  | 日              | 円        | 円       |                |   |   |   |   |  |
|   |  | 訪問リハ                  | 日              | 円        | 円       |                |   |   |   |   |  |
|   |  | 居宅療養管理指導<br>介護療養型医療施設 | 日              | 円        | 円       |                |   |   |   |   |  |
| 令和8年<br>3月分<br>限度額証の<br>提示<br>有・無<br>所得区分<br>不明 | 医療保険   | 食事・生活療養費<br>入院        | 30食<br>日間      | 18,000円  | 13,800円 |                |   |   |   |   |  |
|   |  | 通院                    | 日              | 円        | 円       |                |   |   |   |   |  |
|   |  | 薬局                    | 日              | 円        | 円       |                |   |   |   |   |  |
|   | 介護保険   | 訪問看護                  | 4日             | 25,180円  | 2,818円  |                |   |   |   |   |  |
|   |  | 訪問リハ                  | 日              | 円        | 円       |                |   |   |   |   |  |
|   |  | 居宅療養管理指導<br>介護療養型医療施設 | 日              | 円        | 円       |                |   |   |   |   |  |
| 上記のとおり、領収したことを証明します。                            |  |                       |                |          |         |                |   |   |   |   |  |
| 令和8年4月2日  |  |                       |                |          |         |                |   |   |   |   |  |
| 指定医療機関の所在地 静岡市葵区追手町9-6                          |  |                       |                |          |         |                |   |   |   |   |  |
| 指定医療機関の名称 疾病対策課病院                               |  |                       |                |          |         |                |   |   |   |   |  |
| 代表者職氏名 院長 疾病 太郎                                 |  |                       |                |          |         |                |   |   |   |   |  |
| 作成者 所属・氏名 医事課 疾病 次郎                             |  |                       |                |          |         |                |   |   |   |   |  |
| 電話番号 054-221-3393                               |  |                       |                |          |         |                |   |   |   |   |  |

受給者証未確認でそのまま3割徴収した場合は3割の金額を記載してください。

管理票のみ忘れてだけで3割ではなく2割徴収した場合は2割の金額を記載してください。

医療保険での自己負担割合が3割の方は、負担上限月額に達しなくても、1割は公費負担となります。貴医療機関では上限に達しない場合でも、複数の医療機関での患者負担額を合算した上で、負担上限月額を超える分が公費負担となります。

「上限を超えないため公費負担が発生しないため記載しない」という判断については、必ず患者さんに、「他の医療機関等での支払った分」を確認した上で判断してください。

食事・生活療養費は、所得区分が「生活保護」及び生活保護移行防止のため食事・生活療養費の減免措置を受けた受給者が対象となります。対象となる場合は、入院欄に、診療費と分けて記載してください。

※記載例のため、病院と薬局、訪問看護を併記していますが、実際は医療機関ごとの記載となります。

記載方法が不明な場合、疾病対策課難病対策班までお問い合わせください。

電話番号 054-221-3393