

堺市特定医療費（指定難病）証明書

受給者氏名			受給者番号			
支給認定の有効期間	年 月 日 から		年 月 日まで			
健康保険	診療年月 (総点数) (医療扶助総額)	支給認定の有効期間内の 指定難病に係る診療実日数	保険診療点数	医療扶助等の給付額		
種別 負担割合						
社 保 割 介護保険 割	年 月分	入院 (日～ 日)	日間	点	⑤ 円	
	[入院 通・薬] 点 [入院 通・薬] 円		食事 食	/		⑥ 円
		通院	日	点	円	
		薬局	日	点	円	
社 保 割 介護保険 割	年 月分	入院 (日～ 日)	日間	点	⑤ 円	
	[入院 通・薬] 点 [入院 通・薬] 円		食事 食	/		⑥ 円
		通院	日	点	円	
		薬局	日	点	円	
社 保 割 介護保険 割	年 月分	入院 (日～ 日)	日間	点	⑤ 円	
	[入院 通・薬] 点 [入院 通・薬] 円		食事 食	/		⑥ 円
		通院	日	点	円	
		薬局	日	点	円	

備考欄

医療扶助・介護扶助による給付を行ったもののうち、特定医療費（指定難病）を上記のとおり証明する。

年 月 日

指定医療機関の名称							
医療機関コード等							

所在地
 福祉事務所 名称
 代表者氏名
 (証明者が自署しない場合又は法人の場合は、記名押印をしてください。)
 電話番号
 担当者 (職・氏名)

留意事項

- 1 この証明書は、福祉事務所が医療扶助又は介護扶助により給付を行ったもののうち、特定医療費（指定難病）に係るものについて、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）ごとに作成が必要です。
ただし、指定医療機関以外の医療機関での医療費等は、認定された指定難病に係るものであっても特定医療費（指定難病）の対象外です。
- 2 特定医療費（指定難病）の保険点数の証明は、特定医療費（指定難病）受給者証に記載されている疾病について支給認定の有効期間の範囲内で、入院と通院に分けて証明してください。
なお、支給認定の有効期間の開始日が月途中の場合の入院や、認定された指定難病以外の医療がある場合は、総点数欄に1か月の総点数を、医療扶助総額欄に1か月の医療扶助総額を記入してください。
- 3 証明者印は、公印を押印してください。
- 4 介護保険サービスの証明の場合は、「点」を「単位」と読み替え、備考欄に地域単価（2級地 11.05 円等）を記入してください。
- 5 証明書の内容で不明な点につきましては、担当者様に問い合わせさせていただく場合があります。