様式第１号の１（第２条関係）

記入例

堺市特定医療費（指定難病）証明書

受給者氏名	堺　太郎	受給者番号	0 1 2 3 4 5 6
支給認定の有効期間	令和5年　1月　1日　から　令和5年　12月　31日まで		

健康保険 種別	負担割合	診療年月（総点数）（患者総負担額）	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	患者負担額
社保	3割	令和5年1月分	入院	10日間（1日～10日）	10,000点	30,000円
国保	割	入院 ▼▼▼▼	通院		点	円
前期高齢	割	通・薬 ●●●● 点				
後期高齢	割	入院 ▽▽▽▽	薬局		点	円
介護保険	割	通・薬 ○○○○ 円				
				日～　日）	点	円
				2日		
介護保険	割	通・薬　円	薬局	日		
社保	割	令和5年2月分	入院	日間（　日～　日）	点	円
国保	割	入院				
前期高齢	割	通・薬 ◎◎◎◎ 点	通院	日	2,000点	2,210円
後期高齢	割	入院				
介護保険	1割	通・薬 □□□□ 円	薬局	日	点	円

総点数（10割分）
※指定難病に係るものに限る

１か月間の医療費の総点数・総額
※指定難病に係るもの以外も含む
※入院と通院・薬局は分けてご記入ください

窓口で実際に患者さんが支払った額
※指定難病に係るものに限る
※他公費も適用した後の額

備考欄

令和５年２月より○○助成適用
地域単価　２級地　１１．０５円

上記のとおり領収したことを証明する。

令和５年５月１日

医療機関コード等	0	0	0	0	0	0	0

住所（所在地）　〒000－0000 堺市堺区○○町△－□
氏名（名　称）　医療法人▼▼▼▼病院
（代表者氏名）　理事長　○○　○○

電話番号　072－000－0000
担当者（職・氏名）　医事課　□□