

堺市特定医療費（指定難病）証明書

受診者氏名		受給者番号					
支給認定の有効期間		年 月 日 から			年 月 日まで		
適用区分	診療年月 (総点数)	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	※堺市記入欄	
種別 負担割合	(患者総負担額)						
適用区分 【 】	年 月分	入院	(日～ 日間 日)	点	円		
社 保 割 国 保 割 後期高齢 介護保険 割	[入院 通・薬・訪看 点 [入院 通・薬・訪看 円 [介護 単位 円]	通院	日	点	円		
		薬局	日	点	円		
		【処方箋発行医療機関名】					
		訪問看護	日	点	円		
		介護	日	単位 (地域単価 円)	円		
適用区分 【 】	年 月分	入院	(日～ 日間 日)	点	円		
社 保 割 国 保 割 後期高齢 介護保険 割	[入院 通・薬・訪看 点 [入院 通・薬・訪看 円 [介護 単位 円]	通院	日	点	円		
		薬局	日	点	円		
		【処方箋発行医療機関名】					
		訪問看護	日	点	円		
		介護	日	単位 (地域単価 円)	円		
適用区分 【 】	年 月分	入院	(日～ 日間 日)	点	円		
社 保 割 国 保 割 後期高齢 介護保険 割	[入院 通・薬・訪看 点 [入院 通・薬・訪看 円 [介護 単位 円]	通院	日	点	円		
		薬局	日	点	円		
		【処方箋発行医療機関名】					
		訪問看護	日	点	円		
		介護	日	単位 (地域単価 円)	円		

備考欄

※通常の点数計算と徴収金額が相違する場合は理由をご記入ください。
 ※難病以外の公費を利用している場合、併用した公費をすべてご記入ください。(例：難病+重度障害、重度障害のみ等)
 上記のとおり領収したことを証明する。

年 月 日

医療機関コード等							
----------	--	--	--	--	--	--	--

※証明は指定医療機関に限る

名称 記入者（連絡先） ※必ず記載してください

代表者氏名 所属

所在地 氏名

電話番号 連絡先（内線）

