**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） （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 | |
| 種別　　負担割合 | | |
| 社　　保　　　割  国　　保　　　割  前期高齢　　　割  後期高齢　　　割  介護保険　　　割 | | | 年 月分  ( 点)  ( 円) | 入院 | | 日間  （　　日～　　日） | | | | | | 点 | | | | | 円 | |
| 通院 | | 日 | | | | | | 点 | | | | | 円 | |
| 薬局 | | 日 | | | | | | 点 | | | | | 円 | |
| 社　　保　　　割  国　　保　　　割  前期高齢　　　割  後期高齢　　　割  介護保険　　　割 | | | 年 月分  ( 点)  ( 円) | 入院 | | 日間  （　　日～　　日） | | | | | | 点 | | | | | 円 | |
| 通院 | | 日 | | | | | | 点 | | | | | 円 | |
| 薬局 | | 日 | | | | | | 点 | | | | | 円 | |
| 社　　保　　　割  国　　保　　　割  前期高齢　　　割  後期高齢　　　割  介護保険　　　割 | | | 年 月分  ( 点)  ( 円) | 入院 | | 日間  （　　日～　　日） | | | | | | 点 | | | | | 円 | |
| 通院 | | 日 | | | | | | 点 | | | | | 円 | |
| 薬局 | | 日 | | | | | | 点 | | | | | 円 | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 備考欄 | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 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 | | |  | |  | |  |  |  | | |  |  |  | | |
| 住所（所在地）  氏名（名　称）  （代表者氏名）    電話番号  担当者（職・氏名） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |