

## 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)	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	(患者総負担額)					
社 保 割	年 月分  ( 点) ( 円)	入院	( 日～ 日間 日)	点	円	
国 保 割		通院	日	点	円	
前期高齢		( 点)	薬局	日	点	円
後期高齢 介護保険		( 円)				
社 保 割	年 月分  ( 点) ( 円)	入院	( 日～ 日間 日)	点	円	
国 保 割		通院	日	点	円	
前期高齢		( 点)	薬局	日	点	円
後期高齢 介護保険		( 円)				
社 保 割	年 月分  ( 点) ( 円)	入院	( 日～ 日間 日)	点	円	
国 保 割		通院	日	点	円	
前期高齢		( 点)	薬局	日	点	円
後期高齢 介護保険		( 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）