

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 (点) (円)	入院	日間 (日～ 日)	点	(医) 円
			食事 食	/	
		通院	日	点	円
		薬局	日	点	円
社 保 割 介護保険 割	年 月分 (点) (円)	入院	日間 (日～ 日)	点	(医) 円
			食事 食	/	
		通院	日	点	円
		薬局	日	点	円
社 保 割 介護保険 割	年 月分 (点) (円)	入院	日間 (日～ 日)	点	(医) 円
			食事 食	/	
		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							

福祉事務所 所在地
名称
代表者氏名

電話番号
担当者（職・氏名）