**指定難病等にかかる医療費証明書**

指定医療機関が記入

第13号様式

|  |
| --- |
| * 特定医療費（指定難病）償還払　申請用
* 「軽症高額該当」または「高額かつ長期」　申請用　➡　金額は総医療費【Ａ】のみで可。
 |
| 受給者番号 |  | 受給者氏名 |  |
| 公費負担者番号 |  | 疾　病　名 |  |
| 月額自己負担上限額 | 　　　　　　　円 | 生年月日 | □大正　□昭和　□平成　□令和　　　　年　　　月　　　日　 |
| 保険種別 | □本人□家族 | □協会 □健組 □国保 □共済 □船保□国組 □国退 □後期高齢 □介護□その他（　　　　） | 自己負担割合 | □１割　□２割□３割　□その他 |
| **診療年月日****（または期間)** | **日数****(または食事数)** | **区　　分** | **総医療費****【Ａ】** | **保険等負担額****（高額療養費等を含む）****【Ｂ】** | **自己負担額****【Ａ】－【Ｂ】** |
| 　　　年　　月（　　　　　） | 日 | □外来　□入院□調剤 □訪看　□食事療養費　□その他 | 円 | 高額療養費適用□あり（区分　　）□なし | 円 |
| 円 |
| 　　　年　　月（　　　　　） | 日 | □外来　□入院□調剤 □訪看　□食事療養費　□その他 | 円 | 高額療養費適用□あり（区分　　）□なし | 円 |
| 円 |
| 　　　年　　月（　　　　　） | 日 | □外来　□入院□調剤 □訪看　□食事療養費　□その他 | 円 | 高額療養費適用□あり（区分　　）□なし | 円 |
| 円 |
| 　　　年　　月（　　　　　） | 日 | □外来　□入院□調剤 □訪看　□食事療養費　□その他 | 円 | 高額療養費適用□あり（区分　　）□なし | 円 |
| 円 |
| 院外処方の場合　処方箋発行医療機関名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

（該当するものに☑　ください）

**上記のとおり証明します。**

**年　　　月　　　日**

**（医療機関等）**

**名　　　称**

**所　在　地　　　　　　　　　　　　　　　　　 　担当者職氏名**

**管理者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　 連　絡　先**