**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**