

受給者番号	受給者氏名

特定疾患(血清肝炎・肝硬変)医療費証明書(医療機関・薬局用)

申請理由 《どちらかに○》		1. 承認期間中に保険単独で支払をしたため 2. 受給者証を適用して支払をした医療費について自己負担上限額が変更されたため						
診療年月	診療科	区分	受診日数	左記のうち 承認期間内の 日数	1ヶ月の総保険点数	左記のうち承認期間内にかつ特 定疾患に係る保険点数	自己負担割合	※小計
年 月	医科 歯科	入院 外来 調剤	日	日	点	点	一般 (2 割 ・ 3 割) 高齢受給者 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割) 後期高齢者医療 (1 割 ・ 3 割)	
年 月	医科 歯科	入院 外来 調剤	日	日	点	点	一般 (2 割 ・ 3 割) 高齢受給者 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割) 後期高齢者医療 (1 割 ・ 3 割)	
年 月	医科 歯科	入院 外来 調剤	日	日	点	点	一般 (2 割 ・ 3 割) 高齢受給者 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割) 後期高齢者医療 (1 割 ・ 3 割)	
年 月	医科 歯科	入院 外来 調剤	日	日	点	点	一般 (2 割 ・ 3 割) 高齢受給者 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割) 後期高齢者医療 (1 割 ・ 3 割)	
年 月	医科 歯科	入院 外来 調剤	日	日	点	点	一般 (2 割 ・ 3 割) 高齢受給者 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割) 後期高齢者医療 (1 割 ・ 3 割)	
年 月	医科 歯科	入院 外来 調剤	日	日	点	点	一般 (2 割 ・ 3 割) 高齢受給者 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割) 後期高齢者医療 (1 割 ・ 3 割)	
年 月	医科 歯科	入院 外来 調剤	日	日	点	点	一般 (2 割 ・ 3 割) 高齢受給者 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割) 後期高齢者医療 (1 割 ・ 3 割)	

上記のとおり証明します

年 月 日

所在地

医療機関名

代表者

電話番号 ()

保険医療機関コード _____

証明担当者 _____

【注意事項及び記入例】

注意事項

- ・特定疾患(血清肝炎・肝硬変)医療費証明書は、認定された疾病及びその疾病に付随して発症する傷病に対する医療に係る医療費を確認するものです。
- ・同一月内で公費併用レセプト(法別91)で請求した医療費がある場合、当該医療費についてはこの証明書での償還はできませんので注意してください。
- ・受給者票に記載された認定疾病と有効期間を確認のうえ、記入してください。
- ・同一医療機関で複数の診療科を受診した場合は、合算した点数を記入してください。(ただし、入院、外来は分けて記入してください)
- ・他の公費負担医療による給付(福祉医療等)との併用はできません。公費負担医療を適用済みの医療費はこの証明書には記入しないでください。

申請理由 (どちらかに○)		①有効期間中に保険点数で支払をしたため ②受給者証を適用して支払をした医療費について自己負担と額額が変更された							
診療年月	診療科	区分	①	②	③	④	自己負担割合	※小計	
H 27年 1月	内科	入院	15	15	300,000	25,000	一般(2割・3割)		
	歯科	外来					高齢受給者(1割・2割・3割)		
H 27年 2月	内科	入院	5	2	8,500	4,500	一般(2割・3割)		
	歯科	外来					高齢受給者(1割・2割・3割)		
H 年 月	内科	入院					一般(2割・3割)		

- ① この列には1ヶ月の総受診日数を記入してください。
- ② この列には①のうち、受給者票の承認期間内の日数を記入してください。①と同じ場合は、同じ日数を記入してください。
- ③ この列には1ヶ月の総保険点数を記入してください。
- ④ この列には③のうち承認期間内の、認定された疾病及び認定された疾病から発生する傷病にかかる診療点数を記入してください。③と同じ場合は、同じ点数を記入してください。

上記のとおり証明します		平成 ○○年 ○月 ○日		保険医療機関コード 231xxxxxxxx	
所在地	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx				
医療機関	○○○○病院				
指定医療機関名					
代表者	△△ △△				
電話番号	(xxxx) xx-xxxx		証明担当者 医事課 ○○		

- ・証明内容について、県庁から問い合わせる場合がありますので、電話番号、証明担当者または担当部署名を必ず記入してください。