

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 でかつ特定疾患に係る 保険点数	適用区分(オンライン資 格確認・限度額適用証で 確認)	自己負担割合	行政記載欄
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 ( 1 割 ・ 2 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 ( 1 割 ・ 2 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 ( 1 割 ・ 2 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 ( 1 割 ・ 2 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 ( 1 割 ・ 2 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 ( 1 割 ・ 2 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 ( 1 割 ・ 2 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.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					自己負担割合	行政記載欄
診療年月	診療科	区分	① 受診日数	② 左記のうち承認期間内の日数	③ 1ヶ月の総保険点数	④ 左記のうち承認期間内かつ特定疾患に係る保険点数		
年 月	○ 医科	○ 入院	15	15	10,000	8,000	ウ	一般 ( 2 割 ・ 3 割 ) 高齢受給者 ( 1 割 ・ 2 割 ・ 3 割 ) 後期高齢 ( 1 割 ・ 2 割 ・ 3 割 )
年 月	○ 医科	○ 外来	15	15	10,000	8,000	IV	一般 ( 2 割 ・ 3 割 ) 高齢受給者 ( 1 割 ・ 2 割 ・ 3 割 ) 後期高齢 ( 1 割 ・ 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。
- ⑤ オンライン資格確認等で確認した適用区分(ア～オ、I～VI)を記入してください。

上記のとおり説明します

令和 ○○ 年 ○ 月 ○ 日

所在地 ××××××××××××××××××

医療機関名 ○○○○病院

代表者 △△ △△

電話番号 ( ×××× ) ×× - ××××

探検医療機関コード 231××××××××

証明担当番 医療課 ○○

・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。