

診療報酬等領収証明書

記入の際は裏面の記入例をご確認ください

特定医療費（指定難病）償還払 申請用

受給者氏名		受給者番号										
生年月日		年 月 日		有効期間開始日		年 月 日						
保険種別		<input type="checkbox"/> 社保・国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 介護保険		自己負担割合		<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割						
診療年月	適用区分	確認方法	診療区分	診療実日数	保険診療点数		患者負担額					
適用区分欄は次のように記入してください。 【70歳未満の場合】 ア、イ、ウ、エ、オ 【70歳以上の場合】 現役並みⅢ：Ⅵ 現役並みⅡ：Ⅴ 現役並みⅠ：Ⅳ				診療月の総日数	日	総額	診療月の総点数(単位)	点	窓口で支払った額			
				うち有効期間内 で、難病の診療等 を行った日数	日	うち難病	うち受給者証の有効期間内 で、難病にかかる点数(単位)	点	保険診療点数の総額× 自己負担割合 又は高額療養費限度額		円	
年	月	<input type="checkbox"/> オンライン資格確認 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> その他( )	日	日	総額	点	円				
年	月	<input type="checkbox"/> オンライン資格確認 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> その他( )	日	日	総額	点	円				
年	月	<input type="checkbox"/> オンライン資格確認 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> その他( )	日	日	総額	点	円				
年	月	<input type="checkbox"/> オンライン資格確認 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> その他( )	日	日	総額	点	円				
年	月	<input type="checkbox"/> オンライン資格確認 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> その他( )	日	日	総額	点	円				
窓口支払時に医療費助成や公費を適用した場合は記入してください。												
適用した制度										適用した月		
<input type="checkbox"/> 障害者医療 (80)		<input type="checkbox"/> 特定疾病療養 (マル長)		<input type="checkbox"/> その他								
<input type="checkbox"/> 感染症 (28)		<input type="checkbox"/> 自立支援医療 (15,16,21)		( )								
【備考欄】												
										地域単価		円
上記のとおり証明します。												
令和		年		月		日		医療機関コード		_____		
所在地		医療機関の名称		記入担当者：								
代表者		TEL：		( )		-						

【記入時の注意事項】

- ・受給者証の自己負担額管理票に記載していない分を記入してください。
- ・本書に記入する場合は、受給者証の自己負担額管理票に記入しないでください。
- ・自己負担上限月額に達しない場合でも証明してください。(他の指定医療機関分と合算するためなどに必要です。)
- ・介護サービスの証明の場合は、備考欄に地域単価(7級地〇〇円など)を記入してください。対象は(介護予防)訪問看護・(介護予防)訪問リハビリテーション・(介護予防)居宅療養管理指導・介護医療院です。

記入例

※証明書は医療機関ごとに作成してください。領収書での代用はできません。

受給者証の有効期間: R7.10.7~  
 入院: R7.10.1~R7.10.10の10日間  
 通院(10月、11月): 難病以外の診療を含む場合

- ①有効期間開始日: 証明書作成の依頼を受けた際に、受給者証を確認して記入
- ②保険種別: 医療保険と介護保険の両方を利用している場合、それぞれ別の紙に分けて記入
- ③診療区分: 入院と通院は別行に記入
- ④診療実日数: 上段は月の総日数、下段はそのうち有効期間内で難病に関する診療等を行った日数を記入
- ⑤保険診療点数: 上段は月の総点数、下段はそのうち有効期間内で難病に関する診療等の点数を記入  
 その月が難病にかかる診療等のみの場合は、診療総点数(上段)は空欄も可

受給者氏名	岡山 太郎		受給者番号	0	1	2	3	4	5	6
生年月日	昭和〇年 〇月 〇日		①有効期間開始日	令和7年 10月 7日						
②保険種別	<input checked="" type="checkbox"/> 社保・国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 介護保険		自己負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input checked="" type="checkbox"/> 3割						
診療年月	適用区分	確認方法	③診療区分	④診療実日数	⑤保険診療点数		患者負担額			
適用区分欄は次のように記入してください。 【70歳未満の場合】 ア、イ、ウ、エ、オ 【70歳以上の場合】 現役並みⅢ：Ⅵ 現役並みⅡ：Ⅴ 現役並みⅠ：Ⅳ			③診療区分	④診療実日数	⑤保険診療点数		患者負担額			
			診療月の総日数	日	総額	診療月の総点数(単位)	点	窓口で支払った額		
			うち有効期間内 で、難病の診療等 を行った日数	日	うち難病	うち受給者証の有効期間内 で、難病にかかる点数(単位)	点	保険診療点数の総額× 自己負担割合 又は高額療養費限度額		
令和7年 10月分	工	<input checked="" type="checkbox"/> オンライン資格確認 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> その他	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> その他( )	10日	総額	30,000点		57,600円		
				4日	うち難病	20,000点				
令和7年 10月分	工	<input checked="" type="checkbox"/> オンライン資格確認 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> その他( )	2日	総額			3,000円		
				2日	うち難病	1,000点				
令和7年 11月分	ウ	<input type="checkbox"/> オンライン資格確認 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input checked="" type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> その他( )	11日	総額	12,000点		36,000円		
				10日	うち難病	10,000点				
年 月分		<input type="checkbox"/> オンライン資格確認	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> その他( )	日	総額					

請求時に確認した適用区分、及びその確認方法を記入(その他の場合は備考欄へ)

金額ではなく、点数(単位)で記入

難病分の自己負担ではなく、その月の自己負担の総額を記入

窓口支払時に医療費助成や公費を適用した場合は記入してください。

適用した制度	適用した月
<input type="checkbox"/> 障害者医療 (80) <input type="checkbox"/> 特定疾病療養 (マル長) <input type="checkbox"/> その他	
<input type="checkbox"/> 感染症 (28) <input type="checkbox"/> 自立支援医療 (15,16,21)	( )

【備考欄】

地域単価 円

上記のとおり証明します。

令和 〇年 〇月 〇日 医療機関コード 〇〇,〇〇〇〇,〇

所在地 〇市〇町1丁目1-1

医療機関の名称 〇〇病院 記入担当者: 〇〇

代表者 〇〇 〇〇 押印不要 TEL: ( 086 ) 〇〇〇 - 〇〇〇〇