

療養証明書記入例

必ず指定医療機関の方が御記入し、受給者の方は記入しないでください

指定難病の療養費の支払いは、受給者証に記載された指定難病に対する、各自治体の指定医療機関が行った医療費が対象となります。

各医療機関に置かれましたは、本証明書御記載の際、各自治体の指定難病の指定医療機関に登録されているか、また、登録の有効期間が切れていないか御確認願います。

オンライン資格確認システム等で適用区分を確認した場合は、御記載ください。
確認できなかった場合は、空欄にしてください。

薬局の場合は外来等(医科)の欄に御記入ください。

薬局の場合は処方箋の受付回数を御記入ください。

●入院途中から有効期間が開始した例

●オンライン資格確認システム等で、限度額の適用区分を確認した例

●併設の歯科受診があった例

●訪問看護ステーションの例

診療月	保険種別に○をしてください	負担区分に○をしてください	高額医療費の所得区分の記号を記入(会計時に限度額認定証又はオンラインシステムで確認したもの) ②	区分 ③④	1か月分のレセプトの総日数	左記中、有効期間内でかつ対象疾患で受診した日数	1か月分のレセプトの保険総点数	左記のうち、有効期間内でかつ対象疾患に係る保険点数 ⑤	窓口での患者負担額 ⑥	※公費負担額 (この欄は記入しないでください)
8年1月	国保	1割		入院	6日	5日	55,110点	31,689点	165,330円	円
	社保	2割		外来等(医科)	日	日	点	点	円	円
	後期	3割		外来等(歯科)	日	日	点	点	円	円
8年1月	国保	1割	オ	入院	6日	5日	55,110点	31,689点	35,400円	円
	社保	2割		外来等(医科)	日	日	点	点	円	円
	後期	3割		外来等(歯科)	日	日	点	点	円	円
8年1月	国保	1割	II	入院	日	日	点	点	円	円
	社保	2割		外来等(医科)	3日	3日	1,210点	1,210点	2,420円	円
	後期	3割		外来等(歯科)	1日	1日	610点	310点	1,220円	円
8年1月	国保	1割	ウ	入院	日	日	点	点	円	円
	社保	2割		外来等(医科)	5日	5日	27,880円	27,880円	8,360円	円
	後期	3割		外来等(歯科)	日	日	点	点	円	円

訪問看護ステーションの場合は点を円に修正して御記載ください。

上記のとおり証明します。

令和8年○月×日

指定医療機関

国保組合は国保に、共済、協会健保は社保に○してください。
※生活保護で無保険の場合は記載不要です

医療保険の自己負担割合を御記入ください。
※生活保護で無保険の場合は記載不要です

名称 ○○病院
所在地 川越市1-×-×
代表者名 048-830-××××
電話番号 1234△△△
医療機関コード(7桁)
記入者名 埼玉太郎
記入者電話番号(内線) 048-830-××××(1234)

⑧ 証明書の内容等についてお問い合わせさせていただく場合がございますので、御記入された方の氏名・連絡先を必ず御記入ください。

埼玉県指定医療機関 管理番号

⑦ H O O × × × | ×
D O O △ △ △ △

埼玉県が指定した指定医療機関の場合、管理番号は必ず御記載ください。
医科歯科併設の場合、複数分は欄外に御記入ください。