静岡市

様式第 21 号 (第 12 条関係)

特定医療費(指定難病)証明書

受診者氏名 指 定 難 病 名 称 支給認定の				受給者番号	1 1		
有効期間	伊险番叫	年	月 日から	年	月日	まで 	
診療年月	保険種別 負担割合 医療保険については 該当するものに Operfit(ださい。)	診療実日数 —		医療費総額 (10割) 標準負担額	患者負担額	査 気 職員言	定 欄 記入欄)
年	医療保険	入 院	日間	円	Д]	
月分	1割	食事・生活療養	食・日	円	Д]	
	2割 3割	通 院	日	円	F.]	
		薬 局	日	円	Д]	
	介護保険	訪問看護	日	円	Д]	
		訪問リハ	日	円	Д]	
		居宅療養管理指導	日	円	Д]	
		介護療養型医療施設	日	円	F.]	
年	医療保険	入 院	日間	円	F.]	
月分	1割	食事・生活療養	食・日	円	F.]	
	2割	通 院	日	円	F.]	
	3割	薬 局	日	円	F.]	
	介護保険	訪問看護	日	円	F.]	
		訪問リハ	日	円	F.	}	
		居宅療養管理指導	日	円	F.	}	
		介護療養型医療施設	日	円	F.	}	
年	医療保険	入 院	日間	円	F.	}	
月分	1割	食事・生活療養	食・日	円	F.	· ·	
	2割	通 院	日	円	F.	}	
	3割	薬 局	日	円	F.	}	
	介護保険	訪問看護	日	円	F.	J	
		訪問リハ	日	円	F.]	
		居宅療養管理指導	日	円	F.]	
		介護療養型医療施設	日	円	F.]	
上記のとおり、	領収したことを	と証明します。		,		_	
化学医療機関の記去地				<i>II</i> → <u></u>	4	年 月	日
指定医療機関の所在地		作成者					
指定医療機関の名称		<u>所属・氏名</u> 電 話 番 号					
代表者職氏名				<u> </u>	<u> </u>		-