

記載例 (医療機関向け)

静岡市版

★★お願い★★

入院期間及び限度額使用の有無を欄外にご記入ください。

受給者証を見て記載してください。

診察年月日ごとに記載してください。

診察実日数および各金額は、必ず有効期間内のもののみ記載してください。(有効期間が月途中のものは月途中からの分のみ)

受給者証適用により 2 割負担でも保険自体が 3 割負担の場合には 3 割に「○」をしてください。

医療保険を使用した場合は、医療保険の患者負担割合に「○」、介護保険を使用した場合は介護保険に「○」をしてください。

必ずすべての項目の記載をお願いいたします。

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	静岡 太郎		受給者番号	1	2	3	4	5	6	7
指定難病名称	サルコイドーシス 潰瘍性大腸炎									
支給認定の有効期間	令和 3 年 7 月 10 日 から 令和 4 年 9 月 30 日まで									
診療年月	保険種別 負担割合 <small>(医療費については 該当するものに ○を付けてください)</small>	診療実日数	医療費総額 (10 割)		患者負担額	査定額 (職員記入欄)				
			標準負担額							
令和 3 年 7 月分	医療保険 1 割 2 割 3 割	入院	13 日間	323,360 円	0 円					
		食事・生活費	38 食・日	17,480 円	17,480 円					
		薬局	日	円	円					
	介護保険	訪問看護	日	円	円					
		訪問リハ	日	円	円					
		居宅療養管理指導	日	円	円					
		介護療養型医療施設	日	円	円					
	令和 3 年 9 月分	医療保険 1 割 2 割 3 割	入院	15 日間	300,000 円	80,430 円				
			食事・生活費	45 食・日	11,700 円	11,700 円				
			薬局	日	円	円				
介護保険		訪問看護	日	円	円					
		訪問リハ	日	円	円					
		居宅療養管理指導	日	円	円					
		介護療養型医療施設	日	円	円					
介護保険	訪問看護	5 日	20,000 円	2,000 円						
	訪問リハ	日	円	円						
	居宅療養管理指導	日	円	円						
介護療養型医療施設	日	円	円							

7/1~18
631,910 円
患者負担額
限度額適用
57,600 円

指定難病の治療に係る医療費総額を記載してください。

患者負担額の欄には実際に患者さんが負担した額を記載してください。(限度額証を適用した場合等)

受給者証未確認のまま 3 割徴収した場合は 3 割の金額を記載してください。管理票を忘れただけで 2 割徴収した場合には 2 割の金額を記載してください。

貴医療機関では上限に達しない場合でも、複数の医療機関での患者負担額を合算した上で負担上限月額を超える分が公費負担となりますので、必ず記載してください。「上限を超えず公費負担が発生しない」という判断については、必ず患者さんに「他医療機関での支払った分」を確認した上で判断してください。

※記載例のため病院と薬局、訪問看護を併記しておりますが、実際は医療機関毎の記載になります。

(注) 薬の処方については、処方した日数を記入してください。