

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					受給者番号							
指定難病 名称												
支給認定の 有効期間	年 月 日 から 年 月 日まで											
診療年月	保険種別 負担割合 <small>（医療保険については 該当するものに 0印を付けてください。）</small>	診療実日数		医療費総額 (10割)	患者負担額	査 定 欄 (職員記入欄)						
				標準負担額								
年 月分	医療保険	1割	入院	日間	円	円						
			食事・生活療養	食・日	円	円						
		2割	通院	日	円	円						
			薬局	日	円	円						
	限度額証等 の確認 【有・無】	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						
年 月分	医療保険	1割	入院	日間	円	円						
			食事・生活療養	食・日	円	円						
		2割	通院	日	円	円						
			薬局	日	円	円						
	限度額証等 の確認 【有・無】	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						
年 月分	医療保険	1割	入院	日間	円	円						
			食事・生活療養	食・日	円	円						
		2割	通院	日	円	円						
			薬局	日	円	円						
	限度額証等 の確認 【有・無】	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						
上記のとおり、領収したことを証明します。												
										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					所属・氏名 _____							
代表者職氏名					電話番号 _____							

(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。