

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 〇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							
	介護保険	3 割	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							
	介護保険	3 割	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							
	介護保険	3 割	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。