

特定医療費（指定難病）療養証明書

受給者番号		受給者氏名		指定難病公費対象開始日
指定難病疾患名		受給者生年月日	年 月 日	年 月 日 ~

診療年月	入院・外来・訪看等	診療日数	保険診療点数 (金額・単位数)	左記のうち 窓口支払額(患者自己負担額)	備考
年 月	入院(当月計)	日	点	円	
患者保険適用区分	上記のうち 指定難病公費対象	日	点	円	
	外来・薬剤(当月計)	日	点	円	
指定難病 自己負担上限月額	上記のうち 指定難病公費対象	日	点	円	
円	訪問看護等(当月計) <input type="checkbox"/> 医療保険 <input type="checkbox"/> 介護保険	日		円	
患者自己負担割合	上記のうち	日		円	
1割・2割・3割	指定難病公費対象	日		円	

診療年月	入院・外来・訪看等	診療日数	保険診療点数 (金額・単位数)	左記のうち 窓口支払額(患者自己負担額)	備考
年 月	入院(当月計)	日	点	円	
患者保険適用区分	上記のうち 指定難病公費対象	日	点	円	
	外来・薬剤(当月計)	日	点	円	
指定難病 自己負担上限月額	上記のうち 指定難病公費対象	日	点	円	
円	訪問看護等(当月計) <input type="checkbox"/> 医療保険 <input type="checkbox"/> 介護保険	日		円	
患者自己負担割合	上記のうち	日		円	
1割・2割・3割	指定難病公費対象	日		円	

診療年月	入院・外来・訪看等	診療日数	保険診療点数 (金額・単位数)	左記のうち 窓口支払額(患者自己負担額)	備考
年 月	入院(当月計)	日	点	円	
患者保険適用区分	上記のうち 指定難病公費対象	日	点	円	
	外来・薬剤(当月計)	日	点	円	
指定難病 自己負担上限月額	上記のうち 指定難病公費対象	日	点	円	
円	訪問看護等(当月計) <input type="checkbox"/> 医療保険 <input type="checkbox"/> 介護保険	日		円	
患者自己負担割合	上記のうち	日		円	
1割・2割・3割	指定難病公費対象	日		円	

診療年月	入院・外来・訪看等	診療日数	保険診療点数 (金額・単位数)	左記のうち 窓口支払額(患者自己負担額)	備考
年 月	入院(当月計)	日	点	円	
患者保険適用区分	上記のうち 指定難病公費対象	日	点	円	
	外来・薬剤(当月計)	日	点	円	
指定難病 自己負担上限月額	上記のうち 指定難病公費対象	日	点	円	
円	訪問看護等(当月計) <input type="checkbox"/> 医療保険 <input type="checkbox"/> 介護保険	日		円	
患者自己負担割合	上記のうち	日		円	
1割・2割・3割	指定難病公費対象	日		円	

※記載欄が不足する場合には裏面にご記入ください。

本書のとおり証明します。

医療機関等所在地

年 月 日

医療機関等名称

代表者名

電話番号

記入者名

診療年月	入院・外来・訪看等	診療日数	保険診療点数 (金額・単位数)		左記のうち 窓口支払額 (患者自己負担額)		備考
年 月	入院 (当月計)	日		点		円	
患者保険適用区分	上記のうち 指定難病公費対象	日		点		円	
	外来・薬剤 (当月計)	日		点		円	
指定難病 自己負担上限月額	上記のうち 指定難病公費対象	日		点		円	
円	訪問看護等 (当月計) <input type="checkbox"/> 医療保険 <input type="checkbox"/> 介護保険	日		<input type="checkbox"/> 円 <input type="checkbox"/> 単位		円	
患者自己負担割合	上記のうち	日		<input type="checkbox"/> 円		円	
1割・2割・3割	指定難病公費対象	日		<input type="checkbox"/> 単位		円	

診療年月	入院・外来・訪看等	診療日数	保険診療点数 (金額・単位数)		左記のうち 窓口支払額 (患者自己負担額)		備考
年 月	入院 (当月計)	日		点		円	
患者保険適用区分	上記のうち 指定難病公費対象	日		点		円	
	外来・薬剤 (当月計)	日		点		円	
指定難病 自己負担上限月額	上記のうち 指定難病公費対象	日		点		円	
円	訪問看護等 (当月計) <input type="checkbox"/> 医療保険 <input type="checkbox"/> 介護保険	日		<input type="checkbox"/> 円 <input type="checkbox"/> 単位		円	
患者自己負担割合	上記のうち	日		<input type="checkbox"/> 円		円	
1割・2割・3割	指定難病公費対象	日		<input type="checkbox"/> 単位		円	

診療年月	入院・外来・訪看等	診療日数	保険診療点数 (金額・単位数)		左記のうち 窓口支払額 (患者自己負担額)		備考
年 月	入院 (当月計)	日		点		円	
患者保険適用区分	上記のうち 指定難病公費対象	日		点		円	
	外来・薬剤 (当月計)	日		点		円	
指定難病 自己負担上限月額	上記のうち 指定難病公費対象	日		点		円	
円	訪問看護等 (当月計) <input type="checkbox"/> 医療保険 <input type="checkbox"/> 介護保険	日		<input type="checkbox"/> 円 <input type="checkbox"/> 単位		円	
患者自己負担割合	上記のうち	日		<input type="checkbox"/> 円		円	
1割・2割・3割	指定難病公費対象	日		<input type="checkbox"/> 単位		円	

診療年月	入院・外来・訪看等	診療日数	保険診療点数 (金額・単位数)		左記のうち 窓口支払額 (患者自己負担額)		備考
年 月	入院 (当月計)	日		点		円	
患者保険適用区分	上記のうち 指定難病公費対象	日		点		円	
	外来・薬剤 (当月計)	日		点		円	
指定難病 自己負担上限月額	上記のうち 指定難病公費対象	日		点		円	
円	訪問看護等 (当月計) <input type="checkbox"/> 医療保険 <input type="checkbox"/> 介護保険	日		<input type="checkbox"/> 円 <input type="checkbox"/> 単位		円	
患者自己負担割合	上記のうち	日		<input type="checkbox"/> 円		円	
1割・2割・3割	指定難病公費対象	日		<input type="checkbox"/> 単位		円	

診療年月	入院・外来・訪看等	診療日数	保険診療点数 (金額・単位数)		左記のうち 窓口支払額 (患者自己負担額)		備考
年 月	入院 (当月計)	日		点		円	
患者保険適用区分	上記のうち 指定難病公費対象	日		点		円	
	外来・薬剤 (当月計)	日		点		円	
指定難病 自己負担上限月額	上記のうち 指定難病公費対象	日		点		円	
円	訪問看護等 (当月計) <input type="checkbox"/> 医療保険 <input type="checkbox"/> 介護保険	日		<input type="checkbox"/> 円 <input type="checkbox"/> 単位		円	
患者自己負担割合	上記のうち	日		<input type="checkbox"/> 円		円	
1割・2割・3割	指定難病公費対象	日		<input type="checkbox"/> 単位		円	

特定医療費（指定難病）療養証明書

受給者番号	0123456	受給者氏名	栃木 次郎	指定難病公費対象開始日
指定難病疾患名	パーキンソン病	受給者生年月日	1950年 11月 11日	2025年 4月 5日 ~

診療年月	入院・外来・訪看等	診療日数	保険診療点数 (金額・単位数)	左記のうち 窓口支払額（患者自己負担額）		備考
令和7年 4月	入院（当月計）	10 日	147,708 点	57,600 円		高額療養費の自己負担上限額適用 適用区分「エ」 上限額：57,600円
患者保険適用区分	上記のうち 指定難病公費対象	5 日	65,672 点	— 円		
工	外来・薬剤（当月計）	2 日	1,160 点	2,320 円		窓口支払額（患者自己負担額）が高額療養費の自己負担上限額に達している場合は、上段のみ記入してください。下段は県で按分計算しますので、記入不要です。
指定難病 自己負担上限月額	上記のうち 指定難病公費対象	1 日	382 点	760 円		
10,000 円	訪問看護等（当月計） <input checked="" type="checkbox"/> 医療保険 <input type="checkbox"/> 介護保険	2 日	2,200 点	440 円	<input checked="" type="checkbox"/> 円 <input type="checkbox"/> 単位	
患者自己負担割合	上記のうち	1 日	1,100 点	220 円	<input checked="" type="checkbox"/> 円 <input type="checkbox"/> 単位	
1割 2割 3割	指定難病公費対象					

診療年月	入院・外来・訪看等	診療日数	保険診療点数 (金額・単位数)	左記のうち 窓口支払額（患者自己負担額）		備考
令和7年 5月	入院（当月計）	2 日	11,048 点	22,100 円		月の診療の全てが難病公費対象となる場合、診療日数、保険診療点数（利用料・単位数）、窓口支払額（患者自己負担額）は、上段・下段とも同じ数字を記入してください。
患者保険適用区分	上記のうち 指定難病公費対象	2 日	11,048 点	22,100 円		
工	外来・薬剤（当月計）					
指定難病 自己負担上限月額	上記のうち 指定難病公費対象					
10,000 円	訪問看護等（当月計） <input type="checkbox"/> 医療保険 <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険	2 日	220 点	440 円	<input type="checkbox"/> 円 <input checked="" type="checkbox"/> 単位	
患者自己負担割合	上記のうち	2 日	220 点	440 円	<input type="checkbox"/> 円 <input checked="" type="checkbox"/> 単位	
1割 2割 3割	指定難病公費対象					

診療年月	入院・外来・訪看等	診療日数	保険診療点数 (金額・単位数)	左記のうち 窓口支払額（患者自己負担額）		備考
年 月						●訪問看護等について、医療保険適用（円）と介護保険適用（単位）を区別するチェックボックスにチェックを入れてください。なお、同一月内に医療保険適用と介護保険適用の両方が該当する場合には、複数行に分けて記入する等、明確に区別できるようにしてください。
患者保険適用区分						
	外来・薬剤（当月計）					

《記入上の注意事項》

- この用紙は、患者様の特定医療費の請求を行う目的で、医療機関等の皆様に記載いただくものです。
- この用紙は、1つの指定医療機関（病院、診療所、薬局及び訪問看護ステーション）につき、1枚必要です。複数の医療機関の証明を1枚で行うことはできません。
- 黒色ボールペンを使用して記入してください（電子機器による入力・印刷も可。鉛筆書き等では受理できません）。
- 月ごとに患者保険適用区分及び指定難病自己負担上限月額を記入の上、該当する患者自己負担割合（1割・2割・3割）に○を付けてください。
- 入院、外来・薬剤、訪問看護等に係る診療日数、保険診療点数（利用料・単位数）、窓口支払額（患者自己負担額）について、上段には当月計を、下段にはそのうち指定難病公費対象となる部分を記入してください。
- 認定された疾患に関わりのない治療や保険適用外のサービス（入院食事代、差額ベッド代、文書料等）は指定難病公費対象になりません。
- 難病公費対象点数にかかる窓口支払額は、公費適用前の保険自己負担割合に基づく金額を記入してください。

※記載欄が不足する場合には裏面にご記入ください。

本書のとおり証明します。

医療機関等所在地 〒123-4567
宇都宮市埴田○-△-□
医療機関等名称 ○○病院
代表者名 医療法人△△会□□
電話番号 090-1234-5678
記入者名 医事課 ●●

令和 8年 3月 1日