

指定難病に係る償還払(医療保険適用分)を受けるための書類です。医療機関の方がすべてを記入してください。

### 療 養 証 明 書

①

受給者名					受給者証の疾患名					
公費負担者番号	5	4	1	1	受給者番号					
受給者証の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日									

※自己負担上限月額  
※適用区分

診療月	保険種別に○をしてください	負担区分に○をしてください	高額医療費の所得区分の記号を記入(会計時に限度額認定証又はオンラインシステムで確認したもの) ②	区分 ③④	1か月分のレセプトの総日数	左記中、有効期間内であつ対象疾患で受診した日数	1か月分のレセプトの保険総点数	左記のうち、有効期間内であつ対象疾患に係る保険点数 ⑤	窓口での患者負担額 ⑥	※公費負担額 (この欄は記入しないでください)
年 月	国保	1割		入院	日	日	点	点	円	円
	社保	2割		外来等(医科)	日	日	点	点	円	円
	後期	3割		外来等(歯科)	日	日	点	点	円	円
年 月	国保	1割		入院	日	日	点	点	円	円
	社保	2割		外来等(医科)	日	日	点	点	円	円
	後期	3割		外来等(歯科)	日	日	点	点	円	円
年 月	国保	1割		入院	日	日	点	点	円	円
	社保	2割		外来等(医科)	日	日	点	点	円	円
	後期	3割		外来等(歯科)	日	日	点	点	円	円
年 月	国保	1割		入院	日	日	点	点	円	円
	社保	2割		外来等(医科)	日	日	点	点	円	円
	後期	3割		外来等(歯科)	日	日	点	点	円	円

上記のとおり証明します。

年 月 日

埼玉県指定医療機関 管理番号 ⑦

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

指定医療機関  
 名称  
 所在地  
 代表者名  
 電話番号  
 医療機関コード(7桁)  
 記入者名  
 ⑧ 記入者電話番号(内線)

- (注) ① 受給者証に記載されている疾患と有効期間を確認の上、記入してください。  
 ② 会計時にオンライン資格確認システム又は限度額認定証で確認した場合のみ、高額医療費の所得(適用)区分を記入してください。当該方法で確認できない場合や不明な場合は記入しないでください。  
 ③ 医科、歯科併設の医療機関は、それぞれの欄に分けて記入してください。なお、その際、歯科分の管理番号は⑦欄外に併記してください。  
 ④ 調剤薬局の場合は、処方箋発行医療機関ごとに分けて「外来等(医科)」の欄に記入してください。  
 ⑤ 「有効期間内であつ対象疾患に係る保険点数」は、受給者証に記載されている有効期間内における対象疾患に係る保険点数のみを抽出して記入してください。  
 ⑥ 「窓口での患者負担額」は当該診療月におけるレセプト総点数の保険診療分として窓口で支払った額(対象疾患以外分も含む)の合計を記入してください。※自費、食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額は除きます。  
 ⑦ 埼玉県が指定した指定医療機関については、指定書の右上に記載されている「管理番号」(アルファベット1桁+数字6桁)を記入してください。他の都道府県又は指定都市が指定した指定医療機関については、記入は不要です。  
 ⑧ 記載内容について、お問い合わせさせていただく場合がございますので、御記入いただいた方の連絡先電話番号を(内線がある場合は内線まで)御記載ください。  
 ⑨ 訪問看護ステーションで行った医療保険分を御記載する際は、点を円に修正して御記入ください。  
 ※ 記載内容に不明な点がある場合は、保健所又は県庁から問い合わせをいたしますので、上記「医療機関等」の電話番号及び記入者名は必ず記載するとともに、この療養証明書のコピーを保管していただくようお願いします。

# 療養証明書記入例

必ず指定医療機関の方が御記入し、受給者の方は記入しないでください

指定難病の療養費の支払いは、受給者証に記載された指定難病に対する、各自治体の指定医療機関が行った医療費が対象となります。

各医療機関に置かれましては、本証明書御記載の際、各自治体の指定難病の指定医療機関に登録されているか、また、登録の有効期間が切れていないか御確認願います。

オンライン資格確認システム等で適用区分を確認した場合は、御記載ください。確認できなかった場合は、空欄にしてください。

薬局の場合は外来等(医科)の欄に御記入ください。

薬局の場合は処方箋の受付回数を御記入ください。

●入院途中から有効期間が開始した例

●オンライン資格確認システム等で、服薬種の適用区分を確認した例

●併設の歯科受診があった例

●訪問看護ステーションの例

診療月	保険種別に○をしてください	負担区分に○をしてください	高額医療費の所得区分の記号を記入(会計時に限額認定証又はオンラインシステムで確認したものの)②	区分③④	1か月分のレセプトの総日数	左記中、有効期間内でかつ対象疾患で受診した日数	1か月分のレセプトの保険総点数	左記のうち、有効期間内でかつ対象疾患に係る保険点数⑤	窓口での患者負担額⑥	※公費負担額(この欄は記入しないでください)
8年7月	国保	1割		入院	6日	5日	55,110点	31,689点	165,330円	円
	社保	2割		外来等(医科)	日	日	点	点	円	円
	後期	3割		外来等(歯科)	日	日	点	点	円	円
8年8月	国保	1割	オ	入院	6日	5日	55,110点	31,689点	35,400円	円
	社保	2割		外来等(医科)	日	日	点	点	円	円
	後期	3割		外来等(歯科)	日	日	点	点	円	円
8年1月	国保	1割	II	入院	日	日	点	点	円	円
	社保	2割		外来等(医科)	3日	3日	1,210点	1,210点	2,420円	円
	後期	3割		外来等(歯科)	1日	1日	610点	310点	1,220円	円
8年7月	国保	1割	ウ	入院	日	日	点	点	円	円
	社保	2割		外来等(医科)	5日	5日	27,880円	27,880円	8,360円	円
	後期	3割		外来等(歯科)	日	日	点	点	円	円

上記のとおり証明します。  
令和8年〇月×日

埼玉県指定医療機関 管理番号 ⑦  
H O O X X X X  
D O O Δ Δ Δ Δ

国保組合は国保に、共済、協会健保は社保に○してください。※生活保護で無保険の場合は記載不要です

指定医療機関

名称 〇〇病院  
所在地 川越市1-×-×  
代表者名 048-830-××××  
電話番号 1234△△△  
医療機関コード(7桁) 埼玉太郎  
記入者名  
記入者電話番号(内線) 048-830-××××(1234)

医療保険の自己負担割合を御記入ください。※生活保護で無保険の場合は記載不要です

⑧ 証明書の内容等についてお問い合わせさせていただく場合がございますので、御記入された方の氏名・連絡先を必ず御記入ください。

埼玉県が指定した指定医療機関の場合、管理番号は必ず御記載ください。医科歯科併設の場合、複数は欄外に御記入ください。

訪問看護ステーションの場合は点を円に修正して御記載ください。