

特定医療費療養証明書

※本証明書は、特定医療の対象患者が既に支払いを済ませた医療費について、償還払いを受けるためのものです。本証明書は全て医療機関及び調剤薬局が記入してください。

受給者氏名		公費負担者 番号							
受給者証の 疾患名		受給者番号							
有効期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日								

種別 (1.病院・診療所 2.薬局 3.訪問看護事業者等) ※該当する番号を○で囲み下さい

診療月	区分	日付		保険 総点数		対象疾患に係る 保険点数		窓口での 患者負担額		医療機関適用区 分確認欄
年 月	外来 入院 調剤 居宅サービス ()	日～ 日		点		点		円		
		日～ 日		点		点		円		
		日～ 日		点		点		円		
		日～ 日		点		点		円		
		総食事 回数	食	有効期間内 の食事回数	食	有効期間内の食事 療養費負担額		円		
年 月	外来 入院 調剤 居宅サービス ()	日～ 日		点		点		円		
		日～ 日		点		点		円		
		日～ 日		点		点		円		
		日～ 日		点		点		円		
		総食事 回数	食	有効期間内 の食事回数	食	有効期間内の食事 療養費負担額		円		
年 月	外来 入院 調剤 居宅サービス ()	日～ 日		点		点		円		
		日～ 日		点		点		円		
		日～ 日		点		点		円		
		日～ 日		点		点		円		
		総食事 回数	食	有効期間内 の食事回数	食	有効期間内の食事 療養費負担額		円		

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

医療機関等
名称
所在地
代表者名

印

医療機関コード		指定医療機関申請先 都道府県名	
記入者名		問い合わせ先 電話番号	

※記載内容について不明な点がある場合は、保健所等または県庁から問い合わせさせていただく場合がありますので、上記「医療機関等」の記入者名および問い合わせ先電話番号は、必ず記入いただくとともに、本療養証明書のコピーを1年間は保管いただきますようお願いいたします。

※記載方法については裏面をご覧ください。

裏面

記載していただく医療機関様へ

○本証明書は、特段の事由により受給者証の提示ができなかった、または自己負担上限額に過払いが生じてしまった場合に、対象患者に対して償還払いをするにあたり医療機関より証明していただくための証明書です。

※令和8年4月より様式が一部変更となっています※

記載例

診療月	区分	日付		保険 総点数		対象疾患に係る 保険点数		窓口での 患者負担額		医療機関適用区 分確認欄
5 年 1 月	外来 入院 調剤 居宅サービス ()	5日 ～ 5日		1, 200点		950点		3, 600円		ウ
		18日 ～ 18日		950点		950点		2, 850円		
		日 ～ 日		点		点		円		
		日 ～ 日		点		点		円		
		総食事 回数	食	有効期間内 の食事回数	食	有効期間内の食事 療養費負担額	円			
5 年 2 月	外来 入院 調剤 居宅サービス ()	1日 ～ 20日		60, 257点		45, 000点		83,456円		
		日 ～ 日		点		点		円		
		日 ～ 日		点		点		円		
		日 ～ 日		点		点		円		
		総食事 回数	60食	有効期間内 の食事回数	40食	有効期間内の食事 療養費負担額	10, 400円			

①『区分』欄の該当するものを囲み下さい。『居宅サービス』については下記の()にサービスの内容を記載下さい。(例:訪問看護)

②『日付』欄は、診療日を記載下さい。『入院』以外は、一日毎にご記入下さい。

③『保険総点数』欄は、診療日の医療総点数を記入ください。(指定難病以外の点数も含む。)

④『対象疾患にかかる保険点数』欄は、診療日の特定医療の対象となる保険点数を記入ください。

⑤『窓口での患者負担額』欄は、対象患者がお支払した額を記入下さい。
(保険対象のものに限る。)

⑥『総食事回数』欄は、受給者証に記載されている疾患が主病である入院の際に行った食事の総回数を記入してください。

⑦『有効期間内の食事回数』欄は、⑥のうち、受給者証の有効期間内の食事回数を記入ください。

⑧『有効期間内の食事療養費負担額』欄は、⑦に係る食事療養費負担額(保険適用後)の額を記入ください。

⑨医療機関適用区分確認欄には、オンライン資格確認等システムや限度額認定証等で確認した患者の限度額適用区分の記載をお願いいたします。(例:ア～オ、Ⅰ～Ⅵ)

記入時のお願い

○窓口での支払い時と当該証明書記入時で、点数の変更または徴収額に変更がありましたら、空いているスペースにその旨をご記入いただきますようお願いいたします。

注意事項

○償還払いの対象となるのは、指定医療機関で行われた医療に限ります。
指定医療機関となっていない医療機関での医療については償還払いの対象となりません。
(ただし、緊急の場合等は除きます。)

最後に

○記入に際して、不明な点がございましたら、最寄りの保健福祉事務所または保健所までお問い合わせください。