

特定医療費証明書(医療機関・薬局用)

受給者番号	受診者氏名	※(A)欄には受給者証の有効期間内に支払った、認定された疾病にかかる医療についてのみご記入ください。 ※一部でも当該54公費を併用しているレセプトについては、適用漏れ分について名古屋市から償還払はできません。医療機関にて返金等対応をお願いします。 ※備考欄には連絡事項等がございましたらご記入ください。特定医療費適用外の医療でも受診がある場合は、備考欄に対象の領収証が特定できる情報(対象診療科や対象の受診日など)を記載いただきますようご協力ください。
難病以外の公費該当	有 ・ 無	

診療年月	区分		1か月の 受診 日数	左記のうち 有効期間 内の日数	1か月の 総保険 点数	左記のうち有効 期間内であ つ特定医療 に係る保険 点数 (A)	健康保険種別	備考
							自己負担割合 高額療養費の所得区分 (下部の※1参照)	
年 月	医科 入院 外來 調剤	歯科 調剤	日	日	点	点	社保・国保・後期 3割・2割・1割 ア・イ・ウ・エ・オ I・II・III・IV・V・VI	
年 月	医科 入院 外來 調剤	歯科 調剤	日	日	点	点	社保・国保・後期 3割・2割・1割 ア・イ・ウ・エ・オ I・II・III・IV・V・VI	
年 月	医科 入院 外來 調剤	歯科 調剤	日	日	点	点	社保・国保・後期 3割・2割・1割 ア・イ・ウ・エ・オ I・II・III・IV・V・VI	
年 月	医科 入院 外來 調剤	歯科 調剤	日	日	点	点	社保・国保・後期 3割・2割・1割 ア・イ・ウ・エ・オ I・II・III・IV・V・VI	
年 月	医科 入院 外來 調剤	歯科 調剤	日	日	点	点	社保・国保・後期 3割・2割・1割 ア・イ・ウ・エ・オ I・II・III・IV・V・VI	
年 月	医科 入院 外來 調剤	歯科 調剤	日	日	点	点	社保・国保・後期 3割・2割・1割 ア・イ・ウ・エ・オ I・II・III・IV・V・VI	

上記のとおり証明します。

なお、記載した診療・調剤分等につき、国民健康保険団体連合会及び社会保険診療報酬支払基金を通して当該54公費を併用したレセプト請求をしておらず、今後も行いません。

年 月 日	医療機関コード
所在地	
指定医療機関名	【証明担当】
代表者	所属部署名
電話番号()	担当者名

※裏面の記載例・注意事項をご確認のうえ、記入してください。 ※問い合わせの際に部署名の指定等が必要な場合は所属部署名欄にもご記入ください。
 ※1 70歳以上の場合 低所得Ⅰ:Ⅰ、低所得Ⅱ:Ⅱ、一般・一般Ⅰ・一般Ⅱ:Ⅲ、現役並みⅠ:Ⅳ、現役並みⅡ:Ⅴ、現役並みⅢ:Ⅵ

【注意事項及び記入例】

注意事項

- ・特定医療費証明書は、認定された疾病及びその疾病に付随して発症する傷病に対する医療(特定医療)に係る医療費等を確認するものです。
- ・同一月内で公費併用レセプト(法別54)で請求した医療費がある場合、当該医療費等についてはこの証明書での償還はできませんので注意してください。
- ・54公費併用で請求をしているレセプトについては、原則この用紙での証明ができません。**上限額の変更に伴う、過払い分の払い戻しの場合、上限額管理票のコピーが証明の代わりとなります**ので、この用紙での証明は不要です。受給者から依頼があった場合は、その旨お伝えください。**上限額管理票の紛失等により証明を依頼されて、この用紙にて証明いただく場合は、備考欄に必ず54公費にて請求済みである旨の記載をお願いします。**
- ・受給者証に記載された**認定疾病と有効期間**を確認のうえ、記入してください。
- ・1行につき**請求明細書(レセプト)単位**で記入をお願いします。
- ・他の公費負担医療による給付(福祉医療等)を受けた医療費については、備考欄等にその旨を記入してください。

特定医療費証明書

受給者番号 1234567		受診者氏名 名古屋 花子		※(A) いて ※一 古 ※備 療で 対象の受診日など)を記載いただきま		上限額管理票の紛失等により受給者から証明を希望されて、54公費併用で請求しているレセプトについて、特定医療費対象分の証明をして頂く場合は、備考欄に54公費にて請求済みである旨を明記してください。(特定医療費の一部適用もれ等については、償還払いでは対応できません。)				
難病以外の公費該当 4 有 ・ 無										
診療年月	区分	1か月の受診日数	左記のうち有効期間内の日数	1か月の総保険点数	左記のうち有効期間内にかつ特定医療に係る保険点数(A)	健康保険種別			備考	
						自己負担割合	高額療養費の所得区分(下部の※1参照)			
令和2年10月	医科 入院 外来 調剤 歯科	4日	3日	15,000点	13,000点	社保・国保・後期	3割	2割	1割	10/3の眼科分は対象外
						ア・イ・ウ・エ・オ I II III・IV・V・VI				

- ①は受給者証の有効期間中の受診日数を記入してください。
- ②は受診者が認定された疾病及び認定された疾病から発生する傷病に対する有効期間内の治療にかかる保険点数を記入してください。(総保険点数については、レセプト単位の総保険点数を記載してください。)
- ③は診療日に有効な受診者の健康保険の種別・負担割合・所得区分に○をつけてください。
- ④難病以外の公費該当により、窓口負担額がない場合は、「難病以外の公費該当」の欄の有に○をつけていただくとともに、備考欄に該当公費を併用している旨をご記入ください。
- ⑤の備考欄には名古屋市の伝達事項等をご記入いただく欄となります。受診者が特定医療費対象外の医療も受けている場合は対象外の受診日や診療科等についての記入及び適用区分が確認できなかった等の記入にご協力をお願いします。

上記のとおり証明します。

なお、記載した診療・調剤分等につき、国民健康保険団体連合会及び社会保険診療報酬支払基金を通して当該54公費を併用したレセプト請求をしておらず、今後も行いません。

令和3年 1月 15日

医療機関コード

都道府県番号も含めた10桁のコードを記載
3桁目は点数表番号(医科:1 歯科:2
調剤:4)

231 × × × × × × ×

所在地 × × × × × × × × × ×

指定医療機関名 ● ● ● 病院

代表者 △ △ △ ○ ○ ○

電話番号 (052) 345-6543

所属部署名 □ □ 課

担当者名 ◇ ◇ ◇ ◇

名古屋から、証明内容について問い合わせをさせていただきます。その際に内容のわかる方にお電話がつながるよう、電話交換等、取次が必要な場合は部署名等もご記載ください。

担当者名は必ず記載してください。