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 <small>※レセプト単位毎に1行で記入してください。</small>	区分		受診日数	左記のうち有効期間内の日数	1ヶ月の総保険点数	左記のうち有効期間内でかつ特定医療に係る保険点数(A)	健康保険の自己負担割合	備考
							高額療養費の限度額適用証の適用	
年 月	医科 歯科	入院 外来 調剤	日 日	日 日	点 点	点 点	3割・2割・1割 有・無 【自己負担限度額】 _____円	
年 月	医科 歯科	入院 外来 調剤	日 日	日 日	点 点	点 点	3割・2割・1割 有・無 【自己負担限度額】 _____円	
年 月	医科 歯科	入院 外来 調剤	日 日	日 日	点 点	点 点	3割・2割・1割 有・無 【自己負担限度額】 _____円	
年 月	医科 歯科	入院 外来 調剤	日 日	日 日	点 点	点 点	3割・2割・1割 有・無 【自己負担限度額】 _____円	
年 月	医科 歯科	入院 外来 調剤	日 日	日 日	点 点	点 点	3割・2割・1割 有・無 【自己負担限度額】 _____円	
年 月	医科 歯科	入院 外来 調剤	日 日	日 日	点 点	点 点	3割・2割・1割 有・無 【自己負担限度額】 _____円	

上記のとおり証明します。

なお、記載した診療・調剤分につき、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 所在地 指定医療機関名 代表者 電話番号()	医療機関コード _____ 【証明担当】 所属部署名 _____ 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。

【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は、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(医療機関・薬局用)

受給者番号 1234567		受診者氏名 名古屋 花子		※(A)欄について ※一部名古屋市 ※備考医療で科や対		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		5 有		無		診療年月 ※レセプト単位毎に1行で記入してください。		区分		受診日数		左記のうち有効期間内の日数		1ヶ月の総保険点数		左記の有効期間内かつ特定医療に係る保険点数(A)		健康保険の自己負担割合		備考	
令和2年 10 月		医科		入院		4		3		15,000		13,000		3割		2割		有		10/3の眼科分は対象外	
		歯科		外来										8,000		無		【自己負担限度額】			

- 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。
(認定開始月・資格喪失月以外は左欄の「受診日数」と同じ日数となります。)
- 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負担割合に○をつけてください。
- ④は受診者の窓口負担分に対して高額療養費の限度額を適用したかどうか該当する方に○をつけてください。適用している場合、適用した自己負担限度額について記載してください。
- 難病以外の公費該当により、窓口負担額がない場合は、⑤の「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。
- ⑥の備考欄には名古屋市へ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の受診日や診療科等について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

【証明

名古屋市から、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。

所属部署名 □ □ 課

担当者名 ◇ ◇ ◇ ◇

担当者名は必ず記載してください。