

特定医療費（指定難病）療養証明書

受診者氏名		生年月日	大・平 昭・令				年	月	日
加入保険	協・組・共・国・後	受給者番号							
保険者名		記号番号							
年月分	保険診療等総額 A (円)	保険等負担額 (高額療養費等を含む) B (円)	自己負担額 A－B (円)		入院 ・ 通院	保険負担割合			
						9割 8割 7割 その他 (割)			
合 計									
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 TEL 所在地 医療機関等の名称 代表者名									

(記載要領)

- 1 指定難病に係る療養費についてのみ記載してください（認定期間内の療養に限る。）。
- 2 自己負担上限額管理票に記載している分も含めて対象月の療養費を記載してください。