

様式第12号

特定医療費（指定難病）療養証明書

受診者氏名			生年月日	明・昭 大・平	年	月	日
加入保険	協・組・共・国・後		受給者番号				
保険者名	全国健康保険協会〇〇支部、 国保であれば市町村名など		被保険者証 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	領収時の 保険負担割合 丸囲み		
					9割		
					8割		
					7割		
合計				点数×本人負担割合（領収金額） （1の位は四捨五入） ※高額療養費適用の場合は 高額療養費自己負担限度額を記入 ※指定難病と難病以外が混在している場 合は指定難病にかかる分の領収金額を 記入			
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。