

様式第28号 ※償還払いを受けるための書類です。医療機関・調剤薬局等の方がすべてを記入してください。

特定医療（指定難病）療養費証明書

受給者氏名		□男□女	生年 月日	年 月 日生（ 歳）
保 険 区 分	□社保 □協会 □国保 □後期高齢	①被保険者負担割合		□1割 □2割 □3割
①限度額適用認定証による現物給付		□有り（アイウエオ VI V IV III II I 多数回該当 □有・□無） □無し		
特定医療（指定難病）の公費適用		□適用済み □適用無し		

診療年月	医療費区分	②診療区分	診 療 期	診 療 日 数	③ 総 医 療 費	④ 医療費患者負担額	⑤ 食事療養費標準負担額（利用回数）	⑥=④+⑤ 患者負担額計
			間	日	円	円	円	円
上段に同月内の総額を記載。下段に特定医療の抽出額を記載。								
年	総額	入	日 ~ 日	日	円	円	円 (円× 回)	円
	⑦うち難病	院	日 ~ 日	日	円	/	円 (円× 回)	/
月	総額	外来等	日 ~ 日	日	円	円	円	円
	⑦うち難病		日 ~ 日	日	円	/		/

<p>上記のとおり証明します。 令和 年 月 日</p> <p>医療機関等 所在地 _____</p> <p>名 称 _____</p> <p>代表者名 _____ 印</p> <p>処方箋発行医療機関名※調剤薬局の場合 _____</p>	<p>⑧ 連絡先 (TEL) _____</p> <p>_____</p> <p>証明書記載者名 _____</p> <p>_____</p> <p>医療機関コード[*]（固有コード[*]7桁）</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px dashed black; width: 12.5%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 12.5%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 12.5%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 12.5%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 12.5%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 12.5%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 12.5%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 12.5%; height: 20px;"></td> </tr> </table>								

- 【記入上の留意点】**
- (1) 証明書は、月ごと一枚となります。なお、同月内に入院と外来がある場合は、併記できます。
 - (2) ①～⑧までの記入上の留意点 ※記載例は裏面参照
 - ①→窓口で実際に適用した「負担割合」「高額療養」を記載してください。
 - ②→調剤薬局及び訪問看護ステーションの場合は、「外来等」の欄に記入してください。
 - ⑦→総医療費に特定医療（指定難病）以外に関する医療費が含まれている場合は、特定医療（指定難病）医療費を必ず記載してください。
 - ⑧→記載内容に不明な点があった場合は、保健所又は県庁から問い合わせをいたしますので、連絡先及び証明書記載者名は必ず記載願います。また、療養費証明書のコピーを保管願います。

【証明欄記載例】

診療年月	医療費区分	②診療区分	診 療	診療	③ 総医療費	④ 医療費 患者負担額	⑤ 食事療養費標準 負担額 (利用回数)	⑥=④+⑤ 患者負担額計
			期	間				
上段に同月内の総額を記載。下段に特定医療の抽出額を記載。								
○ 年	総額	入 院	3日～31日	29日	800,000円	85,430円	31,320円 (360円×87回)	116,750円
□ 月	うち 難病		20日～31日	12日	700,000円		12,960円 (360円×36回)	

【当件に係る問い合わせ先】

◆宮城県保健所（支所）

問い合わせ先	管轄市町村
仙南保健所 疾病対策班 TEL：0224-53-3121 〒989-1243 柴田郡大河原町字南 129-1	白石市，角田市，蔵王町，七ヶ宿町，大河原町，村田町，柴田町，川崎町，丸森町
塩釜保健所 疾病対策班 TEL：022-363-5504 〒985-0003 塩竈市北浜 4-8-15	塩竈市，多賀城市，松島町，七ヶ浜町，利府町
塩釜保健所岩沼支所 地域保健班 TEL：0223-22-2189 〒989-2432 岩沼市中央 3-1-18	名取市，岩沼市，山元町，亶理町
塩釜保健所黒川支所 地域保健班 TEL：022-358-1111 〒981-3304 富谷市ひより台 2-42-2	富谷市，大和町，大郷町，大衡村
大崎保健所 疾病対策班 TEL：0229-91-0714 〒989-6117 大崎市古川旭 4-1-1	大崎市，色麻町，加美町，涌谷町，美里町
大崎保健所栗原支所 疾病対策班 TEL：0228-22-2117 〒987-2251 栗原市築館藤木 5-1	栗原市
石巻保健所 疾病対策班 TEL：0225-95-1430 〒986-0850 石巻市あゆみ野 5-7	石巻市，東松島市，女川町
石巻保健所登米支所 疾病対策班 TEL：0220-22-6119 〒987-0511 登米市迫町佐沼字西佐沼 150-5	登米市
気仙沼保健所 疾病対策班 TEL：0226-22-6662 〒988-0066 気仙沼市東新城 3-3-3	気仙沼市，南三陸町

宮城県保健福祉部 疾病・感染症対策課 難病対策班 電話 022-211-2465