

特定医療費(指定難病)医療受給者証の見本

特例該当者にのみ「〇」がついている。



7桁の番号

神奈川県 特定医療費(指定難病)医療受給者証 公費負担者番号 5 4 1 4 6 0 1 4 受給者番号 [Redacted] 氏名 [Redacted] 生年月日 [Redacted] 性別 [Redacted] 住所 [Redacted] 保険者 [Redacted] 保険証記号・番号 [Redacted] 適用区分 [Redacted] 有効期間 平成30年10月1日 ~ 平成31年9月30日 疾病名 [Redacted] 疾病名 [Redacted] 疾病名 [Redacted] 疾病名 [Redacted] 月額自己負担限度額 [Redacted]円 階層区分 [Redacted] 保護者氏名 [Redacted] 続柄 [Redacted] 住所 [Redacted]		人工呼吸器等装着 <input type="checkbox"/> 高額かつ長期 <input type="checkbox"/> 軽症者特例 <input type="checkbox"/> 世帯内他指定難病・小児慢性 <input type="checkbox"/> 名称 [Redacted] 所在地 [Redacted] 名称 「難病法に基づき」 所在地 都道府県から 名称 指定された 所在地 指定医療機関 名称 [Redacted] 所在地 [Redacted] 名称 ● 医療機関等の所在地の都道府県 所在地 から指定を受けている指定医療 名称 機関であれば、この受給者証を 所在地 お使いいただけます。	名称 [Redacted] 所在地 [Redacted] 名称 [Redacted] 所在地 [Redacted] 緊急その他やむを得ない場合は、 その他の指定医療機関で受診可能です。 発行機関 上記のとおり認定します。 神奈川県知事 [Redacted] 平成30年8月31日	年 月 自己負担限度額管理票 日付 指定医療機関名 医療費総額(10割) 自己負担額 月額の累計額 徴収印 [Table with 5 columns and 4 rows] 上記のとおり月額の自己負担限度額に達しました。 日付 指定医療機関名 確認印
年 月 自己負担限度額管理票 日付 指定医療機関名 医療費総額(10割) 自己負担額 月額の累計額 徴収印 [Table with 5 columns and 4 rows] 上記のとおり月額の自己負担限度額に達しました。 日付 指定医療機関名 確認印		年 月 自己負担限度額管理票 日付 指定医療機関名 医療費総額(10割) 自己負担額 月額の累計額 徴収印 [Table with 5 columns and 4 rows] 上記のとおり月額の自己負担限度額に達しました。 日付 指定医療機関名 確認印	年 月 自己負担限度額管理票 日付 指定医療機関名 医療費総額(10割) 自己負担額 月額の累計額 徴収印 [Table with 5 columns and 4 rows] 上記のとおり月額の自己負担限度額に達しました。 日付 指定医療機関名 確認印	
年 月 自己負担限度額管理票 日付 指定医療機関名 医療費総額(10割) 自己負担額 月額の累計額 徴収印 [Table with 5 columns and 4 rows] 上記のとおり月額の自己負担限度額に達しました。 日付 指定医療機関名 確認印		年 月 自己負担限度額管理票 日付 指定医療機関名 医療費総額(10割) 自己負担額 月額の累計額 徴収印 [Table with 5 columns and 4 rows] 上記のとおり月額の自己負担限度額に達しました。 日付 指定医療機関名 確認印	年 月 自己負担限度額管理票 日付 指定医療機関名 医療費総額(10割) 自己負担額 月額の累計額 徴収印 [Table with 5 columns and 4 rows] 上記のとおり月額の自己負担限度額に達しました。 日付 指定医療機関名 確認印	
年 月 自己負担限度額管理票 日付 指定医療機関名 医療費総額(10割) 自己負担額 月額の累計額 徴収印 [Table with 5 columns and 4 rows] 上記のとおり月額の自己負担限度額に達しました。 日付 指定医療機関名 確認印		年 月 自己負担限度額管理票 日付 指定医療機関名 医療費総額(10割) 自己負担額 月額の累計額 徴収印 [Table with 5 columns and 4 rows] 上記のとおり月額の自己負担限度額に達しました。 日付 指定医療機関名 確認印	年 月 自己負担限度額管理票 日付 指定医療機関名 医療費総額(10割) 自己負担額 月額の累計額 徴収印 [Table with 5 columns and 4 rows] 上記のとおり月額の自己負担限度額に達しました。 日付 指定医療機関名 確認印	

病院や薬局にかかる度に、医療機関の方にその日の医療費等の証明を書いてもらう欄。

月額自己負担限度額に達した場合に医療機関が記入し、その月のその日以降の医療費は、患者ではなく、県の公費負担となる。

「軽症高額該当」と「高額難病治療継続」の要件を満たしているかを確認する欄。

- Ⓢ ⇒ 1か月で計 33,330 円を超える月が、1 年間に 3 回以上ある。
- Ⓢ ⇒ 1か月で計 50,000 円を超える月が、1 年間に 6 回以上ある。