別紙様式第2号　　（表面）

特定医療費（指定難病）受給者証

公費負担者番号									
受給者番号									

受診者	住所			
	氏名			
	生年月日			
疾病名				
保護者	氏名		続柄	
	住所			
指定医療機関	難病法に基づき指定された指定医療機関			
自己負担上限額	月額　　円		区分	

人工呼吸器等装着	－	高額かつ長期	－	軽症高額該当	－	世帯内按分	－

有効期間	
備　考	

上記のとおり認定します。

年　月　日　　札幌市長　　電子公印

発行日:　　年　月　日

（裏面）

注意事項

1　この受給者証を交付された方は、おもて面に記載された疾病について、「自己負担上限額」欄に記載された金額を医療機関に支払う上限額として、保険診療を受けることが可能となります。

2　特定医療費の対象となる医療は、おもて面に記載された疾病及び当該疾病に付随して発現する傷病に関する医療に限られます（札幌市等が指定した指定医療機関で受けた医療のみが対象）。

3　指定医療機関等において診療を受ける場合、被保険者証や組合員証に添えて、この受給者証を必ず窓口に提示して下さい。

4　氏名、居住地、加入している医療保険（保険者名、記号番号等）等に変更があったときは、速やかにこの受給者証をお住まいの区の保健センターに提出し、変更の手続きを行ってください。

5　札幌市外に転出する場合で、転出後も受給者証の交付を希望する場合は、転出日の属する月の末日までにこの受給者証の写しを転出先の窓口へ提出し、所定の手続きを行ってください。

6　治癒、死亡等で受給者の資格がなくなったときは、この受給者証を速やかにお住まいの区の保健センターへ返還して下さい。

7　受給者証を破損・紛失した場合は、お住まいの区の保健センターで再発行の手続きを行えます。

8　この受給者証の有効期間の更新を申請する場合は、必ず所定の受付期間内に手続きを行ってください。

9　その他指定難病の医療の受給に関しての問い合わせは、お住まいの区の保健センター又は保健所に連絡して下さい。

指定医療機関に対するお願い

指定難病の対象療養に係る高額療養費の自己負担上限額については入院療養に限り多数回該当が適用となる場合があります。指定医療機関におかれましては、当該制度における入院療養について、個人単位、医療機関単位で多数回該当の適用の有無について確認した上で診療報酬の請求をお願いします。