

※ 黒のボールペンでご記入ください。（鉛筆、消せるボールペン等では記入しないでください。）

手続様式第 11 号（施行規則第 12 条関係）

石綿による健康被害の救済に関する法律
受診等証明書

薬局用記載例

※受診等証明書の記載は医療機関関係者が行ってください。医療機関関係者以外の方が記載又は追記した場合は無効となります。

疾病名が不明の場合、処方元の病院に確認して記入していただくか、患者さまがお持ちの石綿健康被害医療手帳の「認定疾病の名称」をご確認ください。 確認できない場合は、「〇〇病院からの処方せん」と記入してください。		明治 大正 (昭和 平 令和		認定疾病にかかる薬を初めて提供した日を記入してください。	
③受診者の住所		TEL			
④当該証明に係る疾病名	中皮腫	⑤認定疾病（認定の申請に係る疾病）に係る療養を開始した日	(西暦) × × × × 年 6 月 3 日		
⑥医療の内容	薬剤の支給				
⑦当該証明に係る保険医療費	総額	自己負担額			
		入院	入院外	調剤(院外)	④自己負担額合計
	21,840 円	円	円	6,560 円	6,560 円
⑧移送された区間及び移送に要した費用	区間	から	まで	⑨費用	円
⑨証明合計金額（④自己負担額合計＋⑨費用） ※内訳は裏面に記入					6,560 円
⑩当該証明に係る期間	(西暦) × × × × 年 6 月 3 日分 ～ (西暦) × × × × 年 8 月 31 日分				

上記のとおり、認定の申請に係る疾病又は認定疾病について医療を行ったことを証明します。

令和 × 年 × 月 × × 日
医療機関の名称 〇〇薬局
住所 〒 ■ ■ ■ ■ - ■ ■ ■ ■ TEL : × × - × × × × - × × × ×
開設者又は管理者の氏名 △△ △△

(注)太枠内を記入してください。

独立行政法人環境再生保全機構 理事長 殿

【注意事項】

- 証明の対象は、当該証明に係る患者の中皮腫、肺がん、著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺、及び著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚そのものに対する医療のほか、その続発症であって、日常生活に相当の制限が加わり、常に医師の管理による治療が必要であるようなものに関して、当該患者が「石綿による健康被害の救済に関する法律」に基づく認定の申請に係る疾病の療養を開始した日以降に行った医療に係る保険医療費の自己負担分及び移送に要した費用の自己負担分です。
 - 中皮腫及び肺がんの続発症の例
 - 中皮腫又は肺がんの経過中又はその進展により当該疾患との関連で発症するもの（中皮腫又は肺がんの遠隔転移、肺がんの癌性胸膜炎、癌性リンパ管症等）
 - 中皮腫又は肺がんを母地として細菌感染等の外因が加わって発症するもの（肺炎、胸膜炎等）
 - 中皮腫又は肺がんの治療に伴う副作用や後遺症（薬剤性肺障害、放射線肺炎、術後の呼吸機能障害等）
 - 著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺及びびまん性胸膜肥厚の続発症の例
 - 石綿による肺がん、中皮腫、細菌感染症、肺性心、石綿肺の治療に伴う副作用や後遺症等
- ④「当該証明に係る疾病名」については、上記 1 に示した指定疾病に付随する疾病も含め、当該証明に係る医療の対象となった疾病について具体的に記入してください。
- 自己負担分がない場合には 0 円と記載し、欄外にその理由を記入してください。
- 「移送」とは、寝台自動車等を用いて患者を移すことをいい、患者を診察した医師がその医療上転医、転地が必要であると認められた場合において、入院、転院、転地療養をするのに通常の交通手段では不可能であり、客観的に見てその妥当性が認められるときに行われるものです。通常の受診のためのタクシー代などは含まれません。

裏面に続く→

※ 黒のボールペンでご記入ください。（鉛筆、消せるボールペン等では記入しないでください。）

→表面からの続き

各種費用の内訳

	保険医療費の 総額 (10 割分を記入)	保険医療費のうち自己負担分			移送に要した 自己負担額
		入院 月単位の食事療養 費は外数として() 書きで記入	入院外	調剤 (院外分)	
(西暦) ××××年 6 月分	10,050 円	()		6/3 3,020 円	
××××年 7 月分	11,790 円	()		7/12 1,760 円 7/25 1,780 円	
年 月分		()			
年 月分		()			
年 月分		()			
年 月分		()			
年 月分		()			
年 月分		()			
年 月分		()			
年 月分		()			
年 月分		()			
年 月分		()			
合計金額	21,840 円	円	円	6,560 円	円
	表面⑦「総額」 へ転記	合計を表面⑦の④自己負担額合計へ転記			表面⑧の⑥ へ転記

※入院費の合計欄には、食事療養費を合算した金額を記入してください。

本件証明書に関する照会先:〇〇薬局 担当者:□□ □□ TEL: × × × - × × × - × × × ×

【各種費用の内訳の記入についての注意】

- 書類を作成したご担当者様の所属課、
お名前及びご連絡先をご記入ください。

(続
1. 保険医療費の総額とは、中皮腫、肺がん、著しい呼吸器疾患(呼吸困難、発症を含みます。)に関して行った医療に要した保険医療費の総額を記入してください。

2. 保険医療費のうち自己負担分とは、上記保険医療費のうち自己負担分を記入してください。

3. 入院時食事療養費・入院時生活療養費(標準負担額)は、外数として()書きに記入してください。