

指定難病兼特定疾患に係る医療費総額証明書

| | | | |
|-------------|--|------|--|
| 氏名 | | 生年月日 | |
| 疾病名 (※1) | | | |
| | | | |

| 算定期間 | 年 月 日から 年 月 日までの間 | | |
|-------------------------|-------------------|-----------------------|-------------------------|
| 診療・ 調剤・ 介護給付 (※2) | 年月 | 診療・調剤等費の医療費総額 (円) | 適用公費 (※3) (いずれか1つに○) |
| 年 月 | | 54・83・適用なし その他 () | |
| 年 月 | | 54・83・適用なし その他 () | |
| 年 月 | | 54・83・適用なし その他 () | |
| 年 月 | | 54・83・適用なし その他 () | |
| 年 月 | | 54・83・適用なし その他 () | |
| 年 月 | | 54・83・適用なし その他 () | |
| 年 月 | | 54・83・適用なし その他 () | |
| 年 月 | | 54・83・適用なし その他 () | |
| 年 月 | | 54・83・適用なし その他 () | |
| 年 月 | | 54・83・適用なし その他 () | |
| 年 月 | | 54・83・適用なし その他 () | |
| 年 月 | | 54・83・適用なし その他 () | |

※1 指定難病又は特定疾患の受給者証を複数所持している場合は、全ての疾患名を記載。
 ※2 介護給付に関する費用については、難病の医療費助成制度の給付対象となる介護保険サービスのみ。
 ※3 同一月に複数の公費を適用している場合は、それぞれの医療費総額がわかるよう1行ずつ分けて記載。
 上記のと通りの医療費総額であることを証明します。 年 月 日

| | |
|-------|------------|
| 所在地 | |
| 施設名 | |
| 医療機関名 | 管理者名 _____ |
| | 担当者名(所属課) |
| | 電 話 |

医療機関の方へ：この証明書は、医療費助成制度の対象となる疾病に罹患した患者の方に対して一定以上の医療費総額がかかっていることを確認するための書類です。

【軽症高額該当：指定難病のみ】

難病の医療費助成に係る診断基準を満たし、重症度分類を満たさない方で、月ごとの当該難病に係る医療費総額が33,330円を超える月が申請日以前の12か月のうちの期間に、3か月以上ある方は、申請に基づき特定医療費（指定難病）の支給認定を行うことができます。

【高額かつ長期：指定難病、特定疾患】

既に認定された方で、月ごとの医療費総額が5万円を超える月が6か月以上ある方で、現在一般所得I以上の方は、自己負担上限月額が軽減されることがあります。

※医療費助成の支給認定を受けた日以後のものに限ります。

※指定難病は公費54の適用を受けた医療費のみ、また特定疾患は公費83の適用を受けた医療費のみが算定対象となります。

医療費助成の対象となる医療・介護保険サービスに係る費用のみ記載してください。