指定難病に係る医療費総額証明書

自己負担上限額管理票に医療費の記載がある場合は提出不要

（医療機関記入用）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 生年月日 |  |
| 疾病名 |  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 算 定 期 間 | 年　　月　　日から　　年　　月　　日までの間 | |
| 診療・  調剤・　　年月  介護給付 | 診療・調剤等費の医療費総額※  ＜１０割分＞　　 (円） | 備　　考 |
| 年　　月 |  |  |
| 年　　月 |  |  |
| 年　　月 |  |  |
| 年　　月 |  |  |
| 年　　月 |  |  |
| 年　　月 |  |  |
| 年　　月 |  |  |
| 年　　月 |  |  |
| 年　　月 |  |  |
| 年　　月 |  |  |
| 年　　月 |  |  |
| 年　　月 |  |  |
| 合　　計 |  |  |

上記のとお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）

　　　　　　電話番号

**医療機関の方へ**：この証明書は、難病の医療費助成制度の対象となる疾病にり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。

①難病の医療費助成の支給要件であ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かかる医療費総額が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、支給認定を行います。

②既に認定された方で、月ごとの当該難病にかかる医療費総額が５万円を超える月が、申請しようとする月以前の１２か月のうちの期間に、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。

**難病医療費助成の対象となる医療・介護保険サービスにかかる費用のみ記載ください。**

**医療機関の方へ**：この証明書は、難病の医療費助成制度の対象となる疾病にり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。

①難病の医療費助成の支給要件であ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かかる医療費総額が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、支給認定を行います。

②既に認定された方で、月ごとの当該難病にかかる医療費総額が５万円を超える月が、申請しようとする月以前の１２か月のうちの期間に、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。

**難病医療費助成の対象となる医療・介護保険サービスにかかる費用のみ記載ください。**

**医療機関の方へ**：この証明書は、難病の医療費助成制度の対象となる疾病にり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。

①難病の医療費助成の支給要件であ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かかる医療費総額が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、支給認定を行います。

②既に認定された方で、月ごとの当該難病にかかる医療費総額が５万円を超える月が、申請しようとする月以前の１２か月のうちの期間に、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。

**難病医療費助成の対象となる医療・介護保険サービスにかかる費用のみ記載ください。**

**医療機関の方へ**：この証明書は、難病の医療費助成制度の対象となる疾病にり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。

①難病の医療費助成の支給要件であ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かかる医療費総額が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、支給認定を行います。

②既に認定された方で、月ごとの当該難病にかかる医療費総額が５万円を超える月が、申請しようとする月以前の１２か月のうちの期間に、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。

**難病医療費助成の対象となる医療・介護保険サービスにかかる費用のみ記載ください。**

**医療機関の方へ**：この証明書は、難病の医療費助成制度の対象となる疾病にり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。

①難病の医療費助成の支給要件であ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かかる医療費総額が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、支給認定を行います。

②既に認定された方で、月ごとの当該難病にかかる医療費総額が５万円を超える月が、申請しようとする月以前の１２か月のうちの期間に、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。

**難病医療費助成の対象となる医療・介護保険サービスにかかる費用のみ記載ください。**

**医療機関の方へ**：この証明書は、指定難病にり患した患者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に使用します。**指定難病の医療費助成制度の給付対象と**

**なる医療・介護保険サービスの費用のみ ※ を記載ください。**

* 「特定医療費（指定難病）」（法別番号54）より優先順位の高い公費を併用している場合は、「特定医療費（指定難病）」分の医療費のみを記載ください。