

難病医療費助成に係る医療費総額の療養証明書

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 (円)	備 考
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
合 計		

※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。

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 _____ (印)
	担当者名 (所属課)
	電 話

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。

- 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。

※ 難病医療費助成の支給認定を受けた日以後のものに限ります。また、平成26年12月31日以前の医療費は、算定対象外です。

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。