

複数の医療機関（病院・診療所・薬局等）にこの証明書の作成を依頼される場合は、お手数ですが、提出先の数だけこの証明書のコピーをして、使用していただきますようお願いいたします。

指定難病に係る医療費総額証明書（新規申請 軽症高額該当照会様式）

氏名		生年月日	
疾病名 (指定難病)		※疾病名は必ず記入してください。	

算定期間	年 月 から	年 月 まで
診療・調剤・介護給付 年 月	診療・調剤等の医療費総額（10割分）※	備考
年 月	円	
年 月	円	
年 月	円	
年 月	円	
年 月	円	
年 月	円	
年 月	円	
年 月	円	
年 月	円	
年 月	円	
年 月	円	
年 月	円	
年 月	円	
年 月	円	

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

医療機関名 所在地 電話番号 管理者名	
------------------------------	--

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。

※ 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、月ごとの当該指定難病に係る医療費総額が33,330円を超える月が申請日の属する月を含む過去12か月間（申請日の属する月は申請日までを算定）に3回以上ある方は、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。（軽症高額該当）

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

（指定医療機関である必要はありません。）