

難病医療費助成に係る医療費総額の証明書

氏名		生年月日	
住所			

疾病名				
算定根拠期間	年 月 日から 年 月 日までの間			
診療・ 調剤・ 年月 介護給付※	月毎の診療・調剤等 費の医療費総額 (円)	診療・ 調剤・ 年月 介護給付※	月毎の診療・調剤等 費の医療費総額 (円)	
年 月		年 月		
年 月		年 月		
年 月		年 月		
年 月		年 月		
年 月		年 月		
年 月		年 月		

※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み。

※各月における日毎の診療・調剤等医療費の内容を別紙内訳表に記載してください。

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 施設名 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、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、月ごとに受診した全ての医療機関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、軽症者特例による支給認定を行います。なお、医療費助成の開始時期は、基準を満たした日の翌日からとなります。ただし申請日からの遡り期間は原則1か月とし、やむを得ない理由があるときは最長3か月となります。

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。

※特定医療費の支給認定を受けた月以降の医療費総額について勘案することとなります。