

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、申請者様の方で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。

様式第8号

### 指定難病に係る医療費総額証明書

氏名		生年月日	
疾病名 (指定難病)		※1 受診日や調剤日等の日ごとの内訳が書ききれない場合は、裏面を使用してください。	

算定期間	年 月から	年 月までの間
診療・調剤・介護給付 年月	診療・調剤等費の医療費総額 (10割分)	受診日や調剤日等の日ごとの内訳 ※1 (例) 10日 20,000円、20日 15,000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	
年 月	円	
年 月	円	

※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。

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
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ている方の医療費総額が一定以上かかっていることを確認するための書類です。（軽症高額該当又は高額かつ長期該当）

**※軽症高額該当者**…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、当該指定難病に係る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、申請日の属する月から起算して12月前の月、又は支給認定を受けようとする指定難病の患者が当該指定難病を発症したと難病指定医が認めた月を比較していずれか後の月から申請日の属する月までの期間に3か月以上ある方。令和5年10月1日以降、医療費助成の開始日は、軽症高額の基準を満たした日の翌日に遡及（申請日からの遡り期間は原則1か月。やむを得ない理由があるときは最長3か月）できることとなりましたので、お手数ですが、受診日・調剤日等の日ごとの金額を記載してください。軽症高額の基準を満たした日が確認できない場合、受診日・調剤日等はその月の最終日とみなします。

**※高額かつ長期該当者**…支給認定を受けた指定難病に係る月ごとの医療費総額が50,000円を超える月が、申請を行う月を含む12月以内に6か月以上ある方。

