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します。

指定難病に係る医療費総額証明書

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

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |  |

※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

**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。

※ 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、月ごとの当該難病に係る医療費総額が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、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。**