

小児慢性特定疾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	診療・調剤等費の医療費総額(10割分)	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		
年 月		
年 月		
合計		

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	所在地 名称 代表者名 連絡先(電話)
------	------------------------------

医療機関の方へ:この証明書は、小児慢性特定疾病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。

すでに認定された方で、月ごとの当該小児慢性特定疾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、6か月以上ある方で、一定所得以上の方は、自己負担上限月額が軽減されることがあります。(「高額かつ長期」)

○医療費について、以下の範囲までご記入いただくことで差し支えありません。

・「高額かつ長期」の変更申請をしようとする方:12か月のうち当該疾病にかかる医療費総額50,000円を超える月が6か月以上ある場合は、50,000円を超える月6か月分