

軽症高額・高額長期証明書

指定医療機関の皆様へ

- 1 難病の患者に対する医療費等に関する法律に基づく特定医療費に係る軽症高額及び高額長期申請のために必要な書類です。
 - 2 患者様から依頼があった際は、記入をお願いします。
- ※ 月ごとの合計額を記載してください。入院、通院等を分けていただく必要はありません。

【対象医療】

特定医療費（指定難病）として認定された疾患やその疾患に附随して発生する傷病に対する治療、投薬に対する部分で保険適用となっているもの
 当該治療を行うために必要となる初診料、再診料、検査料、入院料、薬剤料、介護保険サービス利用料等及び当該治療を継続するために必要な治療費

受診者名		疾患名	
------	--	-----	--

診療年月日		医療費総額（10割分）	
年	日	円	合計 円
	日	円	
	日	円	
年	日	円	合計 円
	日	円	
	日	円	
年	日	円	合計 円
	日	円	
	日	円	
年	日	円	合計 円
	日	円	
	日	円	
年	日	円	合計 円
	日	円	
	日	円	

年 月 日

所在地

名称

代表者

印

問合せ先 () -