

難病医療費助成に係る医療費総額証明書

医療機関の方へ

この証明書は、難病法に基づく医療費助成制度の申請を行う患者が、支給認定又は自己負担額の軽減を受けるために必要な証明書です。

各月の「特定医療費」及び「指定難病に係る医療費」の総額についてご記入ください。

記入方法等についてご質問がある場合は、大阪府地域保健課難病認定グループ（TEL06-6941-0351）へご連絡ください。

氏名	受給者番号 不明の場合は生年月日を記入
指定難病名 複数の場合は全て記入	
証明期間	年 月 日 から 年 月 日

特定医療費の総額		指定難病に係る医療費の総額	
記入が必要な期間	申請日の属する月を含む過去12か月間	記入が必要な期間	申請日の属する年の前年8月から申請日の属する月までの期間 (申請月については申請日までが算定対象)
特定医療とは、特定医療費受給者証の有効期間内に指定医療機関で行われる上記指定難病及びそれに付随して発生する傷病に対する保険診療を指します。		指定難病に係る医療とは、上記指定難病及びそれに付随して発生する傷病に対する保険診療を指します。同一月の特定医療費総額が33,330円を超える場合、記入する必要はありません。	
診療・調剤・介護給付年月	特定医療費総額（10割分）	診療・調剤・介護給付年月	医療費総額（10割分）
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	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

上記のとおり証明します。		年 月 日	難病法に基づく医療費助成制度の指定医療機関ですか？ ※必ず☑して下さい <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
医療機関コード			
医療機関名称			
代表者（管理者）名 ※自署又は記名押印			