

記入例

①から③までは申請者記入欄、④から⑧までは医療機関(病院・薬局・介護サービス事業者等)記入欄です。下記を参考に、記載漏れや誤りがないか必ず御確認ください。

種目別記第3号様式
軽症かつ高額用申請書兼療養証明書 (軽症かつ高額照会用)

東京都知事 殿
28年 4月 6日付で照会を受けた軽症かつ高額の認定基準については、下記のとおり回答します(下の□にチェックしてください。)

①3つのうち該当する箇所にチェック(☑)をつけてください。

☐	申請しません。	☐	該当ありません。
☒	下記のとおり申請いたします。		

平成28 年 4月28日

④申請した疾病名を記載してください。

②、③患者さん本人の住所、氏名、生年月日を記入の上、押印してください。

住所 東京都新宿区西新宿2-8-1
氏名 ○○ ○○ 印
生年月日 昭和○○年○月○日

⑤同封の「指定難病に係る医療費の照会について」に記載されています。

⑦申請した疾病にかかった医療費を10割分の金額で記載してください。

⑥「⑤算定根拠期間」内の月から該当するものを記載してください。4列で足りない場合は、記入前にコピーをお取りください。

難病医療費助成に係る医療費総額の療養証明書

疾病名	○○○○○○○		
根拠期間	平成27年 3月 1日から平成28年 2月末日までの間※1		
年月	診療・調剤等費の医療費総額(円)	備考	
平成27年9月2日	¥56,900		
平成27年12月8日	¥35,600		
平成28年1月9日	¥49,000		
年 月			
合計	¥141,500		

※1患者の方がお持ちの「軽症かつ高額の認定基準への照会について」の要件(算定根拠期間)を参照
※2難病の医療費助成制度の給付対象となる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。

平成28年4月20日

⑧医療機関の記名・押印等、必要事項を記入してください。

所在地 〒○○○-○○○○ 東京都○○区○○○○○
施設名 ○○○病院
医療機関名 管理者名 ○○ ○○ 印
担当者名 (所属課) 医事課 ○○ ○○
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。難病の医療費助成の支給要件であ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かかる医療費総額が33,330円を超える月が3か月以上ある方については、支給認定を行うこととしています。
難病医療費助成の対象となる医療・介護保険サービスにかかる費用のみ記載ください。

(日本工業規格A列4番)