

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

年 月 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。)

<input type="checkbox"/>	該当ありません。 ※金額及び月数を満たさない場合はこちらの欄にチェックしてください。
<input type="checkbox"/>	下記のとおり申請いたします。 ※33,331 円以上の医療費総額の証明が3ヶ月分必要となります。 金額及び月数が足りない場合は非認定とみなされるため、提出前に必ず内容をご確認ください。

年 月 日 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_  
生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

難病医療費助成に係る医療費総額の療養証明書

疾病名		
算定根拠期間	年 月 1 日から 年 月 末日までの間※1	
診療・ 調剤・ 年月 介護給付※2	診療・調剤等費の医療費総額 (円)	備 考
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
合 計		

「軽症かつ高額」の対象となる医療費を算定根拠期間内の日付の古いものから全てご記入下さい。

※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。 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名 所在地 \_\_\_\_\_  
施設名 \_\_\_\_\_  
管理者名 \_\_\_\_\_ (印)  
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。