

軽症かつ高額用申請書兼療養証明書の記入例

①から③までは申請者記入欄、④から⑦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。

細目別記第3号様式

軽症かつ高額用申請書兼療養証明書

(軽症かつ高額用)

東京都知事 殿

5年11月17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 checked="" 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。 |

①2つのうち該当する箇所にチェック(□)をつけてください。
※必ずいずれかにご記入下さい。

②患者さん本人の住所、氏名、生年月日を記入してください。

9日 住所 東京都新宿区西新宿2-8-
氏名 ○○ ○○
生年月日 昭和〇〇年〇月〇日

③申請した疾病名を記載してください。

疾患名 ○○○○○○病

⑤「算定根拠期間」内の月から該当するものを1日単位で記載してください。
足りない場合は、「別紙」をご利用下さい。

年月 介護給付※2	診療・調剤等費の医療費総額 (円)	備 考
5年3月2日	¥12000	
5年3月7日	¥25000	
5年6月7日	¥10000	
5年6月7日	¥10000	
5年6月7日	¥15000	
5年10月1日	¥20000	
5年10月7日	¥15000	
合 計	¥107000	

④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。

⑥申請した疾病にかかる医療費を10割分の金額で記載してください。

「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※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）

※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

上記のとおりの医療費総額であることを証明します。 5年 11月 22日

所在 地 〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇〇〇
施設名 ○〇病院
医療機関名 管理者名 ○○ ○○
担当者名 (所属課) 医事課 ○○ ○○
電話 ○○-〇〇〇-〇〇〇〇

印

⑦医療機関の記名・押印等、必要事項を記入してください。

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患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。