

指定難病に係る医療費

医療費管理票

※この管理票は、難病の特定医療費の支給認定に当たり、患者さんの医療費が一定程度かかることを証明するためのものです。医療機関におかれては、指定難病に係る医療費について、ご記入をお願いいたします。

患者氏名：

指定難病名：

年月	医療機関名	医療費総額（10割分）（円）	徴収印
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			

○医療費について、次の方はそれぞれ次の額を超えることが分かる範囲までご記入いただくことで差し支えありません。

- ・「軽症高額該当」を理由として申請をしようとする方：33,330円
- ・「高額かつ長期」を理由として申請・変更申請をしようとする方：50,000円