

**医療機関用（病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション）**

※本証明書は、領収書の紛失、税金の申告、他制度の医療費助成の申請などで領収書がない場合に使用します。

## 高額長期療養証明書

氏名		
疾病名		
算定根拠期間 (1年間)	令和 年 月 から 令和 年 月 までの間 (申請日の月の12ヵ月前) (申請日の月)	
診療・調剤・介護給付 年 月	診療・調剤等費の医療費総額 (円)	備考
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

所在地

医療機関の名称

代表者名 \_\_\_\_\_

**医療機関の方へ：**この証明は、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認定が認められた以降の期間において、一月にかかる医療費総額（10割分）が5万円を超える月が、年間6回以上ある方に対して、月ごとの自己負担上限額を軽減する措置を行っております。

難病医療費助成の対象となる医療・介護保険サービスに係る費用のみ記載ください。

※複数の医療機関で証明が必要な場合は、本用紙をコピーしてください。