

指定難病に係る医療費管理票  
(医療機関作成)

受給者番号 ※受給中の方		申請目的 (該当を○で囲む)	軽症者特例 ・ 高額かつ長期
患者氏名		対象指定難病 疾 病 名	

下側の【記入時の注意事項】と裏面【記入例】をご確認ください。

受 診 日	医療費等総額 (10 割分)	指定医療機関名	確認印
年 月 日	円		
年 月 日	円		
年 月 日	円		
年 月 日	円		
年 月 日	円		
年 月 日	円		
年 月 日	円		
年 月 日	円		
年 月 日	円		
年 月 日	円		
年 月 日	円		
年 月 日	円		
年 月 日	円		
年 月 日	円		
年 月 日	円		
年 月 日	円		

※欄が不足する場合は、裏面へ記載してください

【医療機関の方へ】

- ・ 難病法に基づく特定医療費支給認定の際の特例（軽症者特例・高額かつ長期）の申請に必要な書式です。患者様から依頼があったときは記入をお願いします。
- ・ 自己負担上限額管理票(受給者証)の記載または領収書に不足がある場合に補足するものです。受給者証に適切に記載がある場合や領収書がある場合、本書式は不要です。

【記入時の注意事項】

- ・ **医療費等総額の対象となるのは、表記の指定難病に係る保険対象医療費及び介護サービス費です。**入院時の食事代、おしめ代等は対象となりません。
- ・ 対象となる介護サービス：医療系の介護サービス
- ・ 高額かつ長期の算定対象は、申請月を含めた12ヶ月。ただし特定医療費支給認定期間内のもの。

受診日	医療費等総額 (10割分)	指定医療機関名	確認印
年 月 日	円		
年 月 日	円		
年 月 日	円		
年 月 日	円		
年 月 日	円		
年 月 日	円		
年 月 日	円		
年 月 日	円		
年 月 日	円		
年 月 日	円		
年 月 日	円		
年 月 日	円		
年 月 日	円		
年 月 日	円		
年 月 日	円		
年 月 日	円		

【記入例】(軽症者特例 33,300円×3月の場合)

	受診日	医療費等総額 (10割分)	指定医療機関名	確認印
(5月分)	平成 30 年 5 月 5 日	20,000円	A病院	○A
6月分	平成 30 年 6 月 1 日	50,000円	A病院	○A
7月分	平成 30 年 7 月 10 日	30,000円	A病院	○A
(5月分)	平成 30 年 5 月 5 日	5,000円	B薬局	□B薬局
6月分	平成 30 年 6 月 1 日	4,000円	B薬局	□B薬局
7月分	平成 30 年 7 月 10 日	8,000円	B薬局	□B薬局
(5月分)	平成 30 年 5 月 20 日	10,000円	C訪問看護ステーション	□C訪問ST

5月分: A病院2万円+B薬局5千円+C訪看1万円=35,000円>33,330円

6月分: A病院5万円>33,330円(以外の医療機関は証明不要)

7月分: A病院3万円+B薬局8千円=38,000円>33,330円(以外の医療機関は証明不要)