

指定難病にかかる医療費管理票

難病の患者に対する医療等に関する法律に基づく特定医療費支給認定申請（軽症高額・高額長期）のために必要な書類です。  
患者様から依頼があったときは記入をお願いします。

下記のとおりに証明します。

証明日

年

月

日

受診者名		疾患名	
------	--	-----	--

日付			入院・外来	医療費総額(10割分)
年	月	日	入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/>	
年	月	日	入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/>	
年	月	日	入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/>	
年	月	日	入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/>	
年	月	日	入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/>	
年	月	日	入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/>	
年	月	日	入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/>	
年	月	日	入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/>	
年	月	日	入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/>	
年	月	日	入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/>	
年	月	日	入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/>	

医療機関の名称		医療機関コード	
所在地		記 担 当 入 者	
代 表 者		TEL : (                    )                    -	

- 【医療機関の方へ】
- ・ 軽症高額該当者（申請書を受理した月以前の12か月のうち、指定難病に係る医療費総額が、33,330円を超える月が3回以上ある方）については、軽症高額の基準を満たした日の翌日が支給認定開始日（申請日からの遡り期間は原則1か月、やむを得ない理由がある場合は最長3か月）となります。
  - ・ 入院・外来のどちらかにチェックをお願いします。
  - ・ 同月に複数の受診日や調剤日がある場合は日ごとの記載をお願いします。
  - ・ 日ごとの医療費の記載が困難な場合は、まとめて記載いただいてもかまいませんが、その場合は記載いただいた期間の最終日の医療費とみなします。
- また、33,330円を超えた日の確認ができれば、以降はまとめて記載いただいてもかまいません。

指定難病にかかる医療費管理票

記載例

難病の患者に対する医療等に関する法律に基づく特定医療費支給認定申請（軽症高額・高額長期）のために必要な書類です。  
患者様から依頼があったときは記入をお願いします。

下記のとおり証明します。

証明日

令和7年4月3日

受診者名	岡山 太郎			疾患名	〇〇病	同月に受診日（調剤日）が複数ある場合は、それぞれ記載してください。
日 付				入院・外来	医療費総額(10割分)	
令和 6 年	5 月	1 日	入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input checked="" type="checkbox"/>	33,000 円		
令和 6 年	6 月	6 日	入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input checked="" type="checkbox"/>	18,000 円		
令和 6 年	6 月	8 日	入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input checked="" type="checkbox"/>	17,000 円		
令和 6 年	9 月	9 日	入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input checked="" type="checkbox"/>	38,000 円		
令和 6 年	1 0 月	1 0 日	入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/>	30,000 円		
令和 6 年	1 0 月	1 1 日	入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/>	20,000 円		
令和 6 年	1 0 月	1 2 日 1 8 日	入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/>	70,000 円		
年	月	日	入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/>	日ごとの医療費の記載が困難な場合は、まとめて記載いただいてもかまいませんが、その場合は記載いただいた月の最終日の医療費とみなします。 また、33,330 円を超えた日の確認ができれば、以降はまとめて記載いただいてもかまいません。		
年	月	日	入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/>			
年	月		入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/>			
年	月	日	入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/>			
年	月	日	入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/>			

医療機関の名称	〇〇〇〇病院	医療機関コード	〇〇〇〇〇〇〇
所在地	△△△市×××町1丁目1-1	記担当者	岡山 花子
代表者	岡山 一郎	TEL	( 〇〇〇 ) 〇〇〇 - 〇〇〇〇

【医療機関の方へ】

- ・ 軽症高額該当者（申請書を受理した月以前の12か月のうち、指定難病に係る医療費総額が、33,330円を超える月が3回以上ある方）については、軽症高額の基準を満たした日の翌日が支給認定開始日（申請日からの遡り期間は原則1か月、やむを得ない理由がある場合は最長3か月）となります。
- ・ 入院・外来のどちらかにチェックをお願いします。
- ・ 同月に複数の受診日や調剤日がある場合は日ごとの記載をお願いします。
- ・ 日ごとの医療費の記載が困難な場合は、まとめて記載いただいてもかまいませんが、その場合は記載いただいた期間の最終日の医療費とみなします。  
また、33,330円を超えた日の確認ができれば、以降はまとめて記載いただいてもかまいません。

# 小児慢性特定疾病にかかる医療費管理票

難病の患者に対する医療等に関する法律に基づく特定医療費支給認定申請（軽症高額・高額長期）のために必要な書類です。  
患者様から依頼があったときは記入をお願いします。

下記のとおり証明します。

証明日	年	月	日
-----	---	---	---

受診者名		疾患名	
------	--	-----	--

日付	入院・外来	医療費総額(10割分)
年 月 日	入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/>	
年 月 日	入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/>	
年 月 日	入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/>	
年 月 日	入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/>	
年 月 日	入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/>	
年 月 日	入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/>	
年 月 日	入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/>	
年 月 日	入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/>	
年 月 日	入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/>	
年 月 日	入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/>	
年 月 日	入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/>	

医療機関 の名称		医療機関コード	
所在地		記 担 当 入 者	
代表者		TEL: ( ) -	

【患者様へ】高額長期の申請の場合は、小児慢性特定疾病医療受給者証を添付して提出してください。

【医療機関の方へ】

- ・ 軽症高額該当者（申請書を受理した月以前の12か月のうち、指定難病に係る医療費総額が、33,330円を超える月が3回以上ある方）については、軽症高額の基準を満たした日の翌日が支給認定開始日（申請日からの遡り期間は原則1か月、やむを得ない理由がある場合は最長3か月）となります。
- ・ 入院・外来のどちらかにチェックをお願いします。
- ・ 同月に複数の受診日や調剤日がある場合は日ごとの記載をお願いします。
- ・ 日ごとの医療費の記載が困難な場合は、まとめて記載いただいてもかまいませんが、その場合は記載いただいた期間の最終日の医療費とみなします。
- また、33,330円を超えた日の確認ができれば、以降はまとめて記載いただいてもかまいません。

小児慢性特定疾病にかかる医療費管理票

記載例

難病の患者に対する医療等に関する法律に基づく特定医療費支給認定申請（軽症高額・高額長期）のために必要な書類です。  
患者様から依頼があったときは記入をお願いします。

下記のとおりに証明します。

証明日

令和7年4月3日

受診者名	岡山 太郎	疾患名	〇〇病	同月に受診日（調剤日）が複数ある場合は、それぞれ記載してください。
日 付		入院・外来	医療費総額(10割分)	
令和6年	5月1日	入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input checked="" type="checkbox"/>	33,000 円	
令和6年	6月6日	入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input checked="" type="checkbox"/>	18,000 円	
令和6年	6月8日	入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input checked="" type="checkbox"/>	17,000 円	
令和6年	9月9日	入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input checked="" type="checkbox"/>	38,000 円	
令和6年	10月10日	入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/>	30,000 円	
令和6年	10月11日	入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/>	20,000 円	
令和6年	10月12日 10月18日	入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/>	70,000 円	
年	月 日	入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/>		日ごとの医療費の記載が困難な場合は、まとめて記載いただいてもかまいませんが、その場合は記載いただいた月の最終日の医療費とみなします。 また、33,330 円を超えた日の確認ができれば、以降はまとめて記載いただいてもかまいません。
年	月 日	入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/>		
年	月 日	入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/>		
年	月 日	入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/>		
年	月 日	入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/>		
医療機関の名称	〇〇〇〇病院	医療機関コード	〇〇〇〇〇〇〇	
所在地	△△△市×××町1丁目1-1	記 担 当 入 者	岡山 花子	
代 表 者	岡山 一郎	TEL : ( 〇〇〇 ) 〇〇〇 - 〇〇〇〇		

- 【患者様へ】 高額長期の申請の場合は、小児慢性特定疾病医療受給者証を添付して提出してください。
- 【医療機関の方へ】
- ・ 軽症高額該当者（申請書を受理した月以前の12か月のうち、指定難病に係る医療費総額が、33,330円を超える月が3回以上ある方）については、軽症高額の基準を満たした日の翌日が支給認定開始日（申請日からの遡り期間は原則1か月、やむを得ない理由がある場合は最長3か月）となります。
  - ・ 入院・外来のどちらかにチェックをお願いします。
  - ・ 同月に複数の受診日や調剤日がある場合は日ごとの記載をお願いします。
  - ・ 日ごとの医療費の記載が困難な場合は、まとめて記載いただいてもかまいませんが、その場合は記載いただいた期間の最終日の医療費とみなします。
  - ・ また、33,330円を超えた日の確認ができれば、以降はまとめて記載いただいてもかまいません。