

指定難病にかかる医療費管理票

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	医療費総額(10割分)
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	
年 月	
年 月	

医療機関 の 名 称		医療機関 コ ー ド	
所 在 地		記 入 担 当 者	
代 表 者		TEL : () -	

【医療機関の方へ】

- ・ 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。

小児慢性特定疾病にかかる医療費管理票

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	医療費総額(10割分)
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	

医療機関の 名 称		医 療 機 関 コ ー ド	
所 在 地		記 入 担 当 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】

- ・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。