様式第１３号－別添

【申請者の皆様へ】
・高額かつ長期の申請をされる場合であって、自己負担上限額管理票又は領収書で、小児慢性特定疾病についての医療費総額が 50,000 円を超える月が、申請日の属する月以前の 12 か月の間で 6 回以上あることが確認できない場合にのみ、受診した指定医療機関に証明を依頼してください。
・受診した指定医療機関が複数ある場合は、コピーして使用することができます。

【指定医療機関の皆様へ】
・小児慢性特定疾病医療費に係る高額かつ長期の申請を行うために必要な書類です。
・申請者（受診者又はその保護者）から証明の依頼があった場合に、記入をお願いします。
・月ごとの総医療費を記入してください。入院、通院等を分けて記載いただく必要はありません。

【対象となる医療費】
・小児慢性特定疾病医療として認定された疾病やその疾病に附随して発生する傷病に対する診療であって、健康保険適用となっているもの（調剤及び訪問看護を含む。）

小児慢性特定疾病医療費証明書

年　　月　　日

【指定医療機関】

所在地

名　称　　㊞

連絡先

小児慢性特定疾病に係る医療費について、次のとおり証明します。

受診者名		疾病名	
診療年月		総医療費（10 割分）	
年　　月			円
年　　月			円
年　　月			円
年　　月			円
年　　月			円
年　　月			円

保予－2025.3.24