

軽症高額該当の確認方法

①申請する**指定難病の治療に関する**領収書をご用意ください

※医師に診断を受けた月以降のもの
かつ

申請日の属する月以前の12か月

※診療所・病院・調剤薬局・訪問看護分

②**受診月別**に分けてください

③**医療費総額（保険の合計額）**をご確認ください

④受診月別に**合算**してください

⑤**点表記**の場合→1月**3,333点**を超える月が
3か月分あるか

円表記の場合→1月**33,330円**を超える月が
3か月分あるか

領収書

患者番号		氏名		請求期間（入院の場合）			
		様		令和 年 月 日～令和 年 月 日			
受診科	入・外	領収書No.	発行日	費用区分	負担割合	本・家	区分
			令和 年 月 日				
保険	初・再診料	入院料	医学管理等	在宅医療	検査	画像診断	投薬
	点	点	点	点	点	点	点
	注射	リハビリテーション	精神科専門療法	処置	手術	麻酔	放射線治療
	点	点	点	点	点	点	点
保険外負担	病理診断	診断群分類(DPC)	食事療法	生活療養			
	点	点	点	点			
保険外負担	評価療養・選定療養	その他					
	(内訳)	(内訳)					

	保険	保険(食事・生活)	保険外負担
合計	円	円	円
負担額	円	円	円
領収額			円
合計			円

〒0000000区 ■■■ △-△-△
○○病院

	保険	保険(食事・生活)	保険外負担
合計	円	円	円
負担額	円	円	円
領収額			円
合計			円

軽症高額該当の例

以下の場合、3月分以上該当（赤矢印）あるため、軽症高額の条件を満たす

