

様式第 3 号（第 6 条関係）

治療に係る医療機関の証明書

氏名

医療機関
住 所
名 称

受診日	入院の有無	保険適用の有無	部（区分）	項目名	点数	金額	回数

検査の種類（アミロイド PET、髄液検査）、レカネマブの投与量など、具体的な診療内容の内訳として実際の検査及び治療内容が判明することを要します。

診療明細書等で判明する場合はこちらの様式の代わりとして提出可能ですが、単なる領収証及び「検査費」「薬剤費」等で括られた「内容が不明な書類」は提出不可となります。