

医療費申告書

年 月分

住 所

氏 名

指定難病である_____※に係る

医療費については、次のとおりです。

※かかっている疾病名をご記入ください。

○医療費について、次の方はそれぞれ次の額を超えることが分かる範囲までご記入いただくことで差し支えありません。

- ・「軽症高額該当」を理由として申請をしようとする方：
申請日の属する月を含めて過去1年以内に、33,330円が3月
- ・「高額かつ長期」を理由として申請をしようとする方：
申請日の属する月を含めて過去1年以内に、50,000円が6月

受診日	病院・薬局などの名称	医療費の内訳	
		治療内容・ 医療品名など	かかった医療費（円） （10割分）
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
合 計			

※かかった医療費が確認できる領収書等を添付すること。

年 月分

受診日	病院・薬局などの名称	医療費の内訳	
		治療内容・ 医療品名など	かかった医療費（円） （10割分）
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
合 計			

※かかった医療費が確認できる領収書等を添付すること。

年 月分

受診日	病院・薬局などの名称	医療費の内訳	
		治療内容・ 医療品名など	かかった医療費（円） （10割分）
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
合 計			

※かかった医療費が確認できる領収書等を添付すること。