

年 月分 医療費申告書

住 所 _____

氏 名 _____

指定難病である _____ ※

※かかっている指定難病の名称を記載してください。

に係る医療費については、下記のとおりです。

日付	病院・薬局・訪問看護事業者等の名称	医療費の内訳	
		治療内容・医療品名など	かかった医療費 (10割分)
日			円
日			円
日			円
日			円
日			円
日			円
日			円
日			円
日			円
日			円
日			円
合 計			円

※ かかった医療費が確認できる領収書等を添付してください。

○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載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：33,330円
- ・受給者証をお持ちの方で「高額かつ長期」を理由として申請・変更申請をしようとする方：50,000円