

年 月分 医療費申告書

住 所 _____

氏 名 _____

※(_____)に係る医療費については、下記のとおりです。

※かかっている指定難病又は特定疾患の疾病名をご記入ください。

| 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してください。

○医療費について、「軽症高額該当」を理由して申請をしようとする方は33,330円（特定医療費（指定難病）の申請を行う者に限る。）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。