

年 月分 医療費申告書

氏名 _____

指定難病である

※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すること。

○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御記入いただくことで差し支えありません。

- ・「軽症高額該当」を理由として申請しようとする方：33,330円
- ・「高額かつ長期」を理由として申請しようとする方：50,000円