

年 月 分 医療費申告書

住 所 _____

氏 名 _____

整理番号 _____

☐指定難病 ・ ☐小児慢性特定疾病（該当するものに☒）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御記入ください。

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			
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、軽症高額該当を理由として申請しようとする方は、33,330円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。