

年            月分   医療費申告書

患者住所 \_\_\_\_\_

患者氏名 \_\_\_\_\_

申請者住所 \_\_\_\_\_

申請者氏名 \_\_\_\_\_

小児慢性特定疾病である \_\_\_\_\_ ※

※かかっている小児慢性特定疾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・医薬品名など	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
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。

※「治療内容・医薬品など」の欄には、内容が分かるように具体的に記入してください。

○医療費について、次の方は下記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。

- ・受給者証をお持ちの方で「高額治療継続」を理由として申請・変更申請をしようとする方：50,000円