

医療費申告書

※領収書の添付が必要です。

住 所 _____

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。
 ※疾病名をご記入ください。

	受診日付	病院・薬局などの名称 (医療機関名)	医 療 費 の 内 訳	
			治療内容・ 医療品名など	医療費総額 (円) (10割分)
年 月分	日			
	日			
	日			
	日			
	月の合計額			
年 月分	日			
	日			
	日			
	日			
	月の合計額			
年 月分	日			
	日			
	日			
	日			
	月の合計額			

【軽症高額特例の認定条件】
 指定難病に係る医療費総額（10割分）が33,330円を超える月が、申請日の属する月を含む過去12か月間の内、3か月以上あることが必要です。