

| | | | | | | | |
|------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 受給者番号 ※保健所記載欄 | | | | | | | |
|------------------|--|--|--|--|--|--|--|

年 月分 医療費申告書

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。

※ 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 | | | |
| 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。
 ○この申請書に記載する医療費は、記載している指定難病及び当該指定難病に付随して発生する傷病に関する医療費に限ります。
 ○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ご記入いただくことで差し支えありません。
 ○この申告書、領収書等に不明な点がある場合は、その内容について医療機関に県から照会する場合がありますので、ご了承ください。