

医療費申告書

※領収書の添付が必要です。

住 所 高松市番町4丁目1-10

氏 名 番町 太郎

指定難病である(〇〇〇病)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 (医療機関)	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 4 月 分	3~15日	〇〇病院	入院、検査	500,000円
	日			
	日			
	日			
	月の合計額			500,000円
○ 年 7 月 分	5日	〇〇病院	診察、検査	18,000円
	5日	△△調剤薬局	〇〇〇(薬の名称など)	20,000円
	日			
	日			
	月の合計額			38,000円
○ 年 9 月 分	10日	△△調剤薬局	〇〇〇(薬の名称など)	40,000円
	日			
	日			
	日			
	月の合計額			40,000円

病院や診療所で受けた治療等の内容を簡単に記載してください。

申請した疾病に係る医療費総額(10割分)の金額を記載してください。実際に支払った金額ではありませんのでご注意ください。
 多くの場合、領収書に記載されている点数を10倍したものが医療費総額となります。医療費総額がご不明な場合は、領収書を発行した医療機関へお問い合わせください。

実際にかかった医療費の全てを記載する必要はありません。基準額を超えている領収書の分だけで十分です。

【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。