

記入例

別紙様式第7号

平成〇〇年〇〇月〇〇日

医療費申告書

29 年 4 月分
※申告月ごとに医療費申告書を作成してください。
※算定期間は申請月以前の12か月間です。
(発症1年未満の場合は発症月から申請月の間)

住所 _____

氏名 _____

指定難病である 病 ※に係る医療費については、下記のとおり
※疾病名をご記入ください。

患者さま本人の住所・氏名を記載してください。

受診日	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)
10日	〇〇病院	診察、検査、手術など	15000円
10日	△△薬局	〇〇×× (薬の名称など)	20000円
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
合計			35000円

1か月分を1枚に記載してください。行が足りない場合は複数枚にわたって構いません。記載前にコピーをお取りください。

病院や診療所で受けた治療等の概要を分かる範囲で簡単に記載してください。

申請した疾病に係る医療費を10割分(医療保険適用の費用の場合、保険点数合計欄の点数の10倍)の金額で記載してください。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。 ※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。

※医療費が確認できる領収書等を裏面に添付してください。

○医療費について、「軽症かつ高額」の申請をする方は33,330円を、「高額かつ長期」の申請をする方は50,000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。