

医療費申告書

指定難病に係る医療費については、下記のとおりです。

受給者番号		
氏名		
受診年月	添付書類（該当するものにチェックをしてください。）	医療費総額 （10割分）
年 月	<input type="checkbox"/> 自己負担上限額管理票の写し <input type="checkbox"/> 領収書及び明細書 <input type="checkbox"/> 軽症高額・高額長期証明書	円
年 月	<input type="checkbox"/> 自己負担上限額管理票の写し <input type="checkbox"/> 領収書及び明細書 <input type="checkbox"/> 軽症高額・高額長期証明書	円
年 月	<input type="checkbox"/> 自己負担上限額管理票の写し <input type="checkbox"/> 領収書及び明細書 <input type="checkbox"/> 軽症高額・高額長期証明書	円
年 月	<input type="checkbox"/> 自己負担上限額管理票の写し <input type="checkbox"/> 領収書及び明細書 <input type="checkbox"/> 軽症高額・高額長期証明書	円
年 月	<input type="checkbox"/> 自己負担上限額管理票の写し <input type="checkbox"/> 領収書及び明細書 <input type="checkbox"/> 軽症高額・高額長期証明書	円
年 月	<input type="checkbox"/> 自己負担上限額管理票の写し <input type="checkbox"/> 領収書及び明細書 <input type="checkbox"/> 軽症高額・高額長期証明書	円

※総医療費が確認できる書類を添付してください。

○医療費について、次の方はそれぞれ次の額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。

- ・「軽症高額該当」を理由として申請をしようとする方：33,330円
- ・「高額かつ長期」を理由として申請・変更申請をしようとする方：50,000円