

# 医療費申告書

申請者氏名 \_\_\_\_\_

受診者氏名 \_\_\_\_\_

受給者番号 \_\_\_\_\_

小児慢性特定疾病「 \_\_\_\_\_ 」に係る医療費は、下記のとおりです。

「 \_\_\_\_\_ 」に認定疾病名をご記入ください。

回数	受診年月	病院・薬局などの名称	かかった医療費（円） （10割分）
1	年 月		
2	年 月		
3	年 月		
4	年 月		
5	年 月		
6	年 月		

注1) かかった医療費（10割分）については、認定疾病の治療にかかった医療費を計上すること。

注2) 申告する医療費が確認できる領収書及び診療報酬明細書等を添付すること。