

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			
合 計			

(注1) この医療費申告書には、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。
(領収書等とは、領収証の原本（又は写し）、領収証明書などを指します。)

(注2) 上記「医療費が確認できる領収証等」は自己負担限度額管理手帳に変えることができます。その場合、本申告書を記載する必要はありません。

□ 軽症者特例（軽症高額）の申請をする方

発症日（臨床調査個人票の発症年月日を参照）以降の月額医療費で、かつ申請月を含む過去12月分の医療費のうちから、3月分の領収証とこの医療費申告書が必要です。

上記の医療費は、医療費総額が月額で33,331円以上となっている3月分の領収書と医療費申告書が必要となりますので、当該様式を必要に応じて複写してご使用ください。

□ 高額かつ長期の変更申請をする方

受給者証の階層区分が一般所得以上の方で、かつ月額の医療費総額が5万円を超える月が年間6回以上ある場合は、高額かつ長期の変更申請を行うことで自己負担額が軽減されます。

上記の医療費は、医療費総額が月額で50,001円以上となっている6月分の領収書と医療費申告書が必要となりますので、当該様式を必要に応じて複写してご使用ください。