

年 月分 医療費申告書

住 所 _____

氏 名 _____

小児慢性特定疾病である _____ ※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			
日			
日			
日			
日			
合 計			

※かかった医療費が確認できる領収書等を添付すること。

○医療費について、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。
 ・「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