

医療費申告書

氏 名 _____

指定難病に係る医療費については、下記のとおりです。

受診月	受診日	病院・薬局などの名称 (3カ所以上の医療機関等の領収書がある場合は、4カ所目は省略可)	かかった医療費（円） （10割分）の月合計
年 月分	， ，		円
	， ，		
	， ，		
年 月分	， ，		円
	， ，		
	， ，		
年 月分	， ，		円
	， ，		
	， ，		
年 月分	， ，		円
	， ，		
	， ，		
年 月分	， ，		円
	， ，		
	， ，		
年 月分	， ，		円
	， ，		
	， ，		

注1) かかった医療費を証明する書類のうち、「特定医療費(指定難病・小児慢性特定疾病)自己負担限度額管理票」を提出する場合は、本申告書の記載は省略できます。

注2) かかった医療費を証明する書類で、「領収書の写し」を添付する場合は、必ず本申告書を記載してください。

注3) 記載する医療費は、以下の基準を満たすことが分かる範囲まで記入してください。

「**軽症者特例**」の申請をする場合: 申請日の属する月以前の12か月以内に、指定難病にかかる医療費総額(10割)が、33,330円(診療報酬点数:3,333点)を超えている月が3か月以上あること。

「**高額かつ長期**」の申請をする場合: 申請日の属する月以前の12か月以内に、指定難病にかかる医療費総額(10割)が、50,000円(診療報酬点数:5,000点)を超えている月が6か月以上あること。