

年 月分 医療費申告書

住所

氏名

指定難病である
疾病名
[
 に係る医療費については、下記のとおりです。

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割分を記載のこと）
日			円
日			円
日			円
日			円
日			円
日			円
日			円
日			円
日			円
合 計			円

※かかった医療費が確認できる自己負担限度額管理票、領収書、レセプト等を添付してください。

（注意）

- ・この申告書に記載する医療費は、記載している指定難病及び当該指定難病に附随して発生する傷病に関する医療費に限ります。
- ・医療費については、33,330円を超えることが分かる範囲までご記入ください。