

別紙様式

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・<br>医療品名など | かかった医療費（円）<br>（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。（裏面の留意事項もご覧ください。）

○医療費について、次の方はそれぞれ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。

・「軽症高額該当」を理由として申請をしようとする方：33,330円

・「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

□□○○年 ○ 月分 医療費申告書

記載例

住 所 長野市南長野 6 9 2 - 2

氏 名 長野 太郎

指定難病である ○○○○病

※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・<br>医療品名など            | かかった医療費 (円)<br>(10割分) |
| 8 日  | □□病院                                                         | 診察、検査、処方、手術、<br>注射、入院 など記載 | 23,430 円              |
| 20 日 | △△薬局                                                         | ○○××<br>(薬の名称など記載)         | 26,780 円              |
| 日    | ・医療機関で受けた治療等を<br>わかる範囲で記載。<br>・特定医療費の支給対象とな<br>る介護サービスを含みます。 |                            |                       |
| 日    |                                                              |                            |                       |
| 合 計  |                                                              |                            | 50,210 円              |

※かかった医療費が確認できる領収書等を添付すること。

「軽症高額」の申請を行う前に次の項目を確認してください。

- 申請を行う月以前の12月以内(発症月が12月前より後の場合は発症月から)の医療費であるか。
- 指定難病に係る医療費総額が33,330円を超えている月が3月以上あるか。
- 入院時食事(生活)療養費が含まれていないか。
- 医療費申告書及び領収書コピーは3月分あるか。(自己負担上限額管理票と合わせて3月分でも可)

※更新と軽症高額の申請を同時に行う場合には、臨床調査個人票で指定難病にり患していることが認められ、かつ、軽症高額基準に該当する場合に認定されます。

「高額かつ長期」の申請を行う前に次の項目を確認してください。

- 特定医療費の支給認定を受けた日以降の医療費であるか。
- 申請を行う月以前の12月以内の医療費であるか。
- 認定された疾病に係る医療費総額が50,000円を超えている月が6月以上あるか。
- 指定医療機関が行った医療(介護)であるか。
- 入院時食事(生活)療養費が含まれていないか。
- 自己負担上限額管理票または医療費申告書及び領収書コピーは6月分あるか。