

平成 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) この医療費申告書は、「自己負担限度額管理手帳」に医療費総額を記載していない場合にご使用ください。通常は、上記管理手帳の写しにより申請をお願いいたします。

(注2) 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。)

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。

平成**29**年**7**月分 医療費申告書

[重要] この医療費申告書は、「自己負担限度額管理手帳」に医療費総額の記載がない場合に限り、ご使用ください。通常は、「自己負担限度額管理手帳」の写しで申請するようお願いします。

住所 千葉市中央区市場町1-1氏名 千葉 はな子

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・ 医療品名など	かかった医療費(円) (10割分)
7日	○○附属病院	診察と検査	2,400円(12,000円)
7日	△△駅前薬局	調剤薬の名称等	3,000円(15,000円)
15日	○○附属病院	診察と検査	2,400円(12,000円)
15日	△△駅前薬局	調剤薬の名称等	3,000円(15,000円)
日		医療費総額は()内の金額の合計で、実際に窓口で支払った金額ではありません！ この事例では、7月分の医療費として1万8千円を自己負担していますが、医療費総額は5万4千円となっています。	
日			
日			
合 計		10,800円 (54,000円)	

- (注1) この医療費申告書は、「自己負担限度額管理手帳」に医療費総額を記載していない場合にのみご使用ください。通常は、上記管理手帳の写しにより申請をお願いいたします。
- (注2) 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3) 領収証の原本を提出する場合で原本の返還が必要な方は、還付領収証原本とコピーをお持ちください。コピーが原本と相違ないことを確認後お返しします。
- (注4) 医療費総額はそれぞれ次の額を超えることがわかる範囲までのご記入で結構です。

- ① 「軽症者特例(軽症高額)」の申請をしようとする方：33,330円超=33,331円以上
 ② 「高額かつ長期」として変更申請を行う既認定者の方：50,000円超=50,001円以上