

医療費申告書

受給者番号		氏 名	
-------	--	-----	--

小児慢性特定疾病〔 〕に係る医療費(※)については、下記のとおりです。

※ 小児慢性特定疾病に係る医療費のみ記載してください。また、「自己負担上限額管理ノート」(以下「管理ノート」)に記載のある医療費については、管理ノートの写しを提出いただければ、本申告書への記載は不要です。

受診年月	受診日	病院・薬局などの名称	医 療 費 (※) の 内 訳		月合計 (1 0 割分)
			治療内容・医療品名など	かかった医療費 (1 0 割分)	
年 月	日			円	
	日			円	
	日			円	
	日			円	
	日			円	
	日			円	
年 月	日			円	
	日			円	
	日			円	
	日			円	
	日			円	
	日			円	
年 月	日			円	
	日			円	
	日			円	
	日			円	
	日			円	
	日			円	

○かかった医療費が確認できる領収書等（領収証の原本（又は写し）、領収証明書など）を添付してください。

行政記載欄（枚数確認用）	／	枚
--------------	---	---

【重要】 この医療費申告書は、「自己負担限度額管理手帳」（以下「手帳」）に記載のない、指定難病に係る医療費がある場合にご使用ください。手帳に記載のある医療費については、作成していただく必要はありません。

医療費申告書

受給者番号	0000000	氏 名	千葉 はなこ
-------	---------	-----	--------

小児慢性特定疾病〔 ○ △ 病 〕に係る医療費(※)については、下記のとおりです。

※ 小児慢性特定疾病に係る医療費のみ記載してください。また、「自己負担上限額管理ノート」(以下「管理ノート」)に記載のある医療費については、管理ノートの写しを提出いただければ、本申告書への記載は不要です。

受診年月	受診日	病院・薬局などの名称	医 療 費 (※) の 内 訳		月合計 (10割分)
			治療内容・医療品名など	かかった医療費 (10割分)	
令和8年	5日	〇〇附属病院	診察と検査	18,000円	
	5日	△△駅前薬局	調剤薬の名称等	22,000円	
	20日	〇〇附属病院	診察と検査	18,000円	
	日			円	
3月	指定難病に係る医療費の総額(10割分の金額)を記載します。 実際に窓口で支払った金額ではありませんので、ご注意ください。 例: 医療費総額(10割分)12,000円、実際に窓口で支払った金額(3割分)3,600円 →記載するのは、医療費総額(10割分)12,000円				58,000円
令和8年	7日	〇〇附属病院	診察と検査	12,000円	
	7日	△△駅前薬局	調剤薬の名称等	15,000円	
	15日	〇〇附属病院	診察と検査	12,000円	
	15日	△△駅前薬局	調剤薬の名称等	15,000円	
	日			円	
	日			円	
4月					54,000円
令和8年	3日	〇〇附属病院	診察と検査	60,000円	
	医療費総額は、50,000円を超える(50,001円以上である)ことがわかる範囲まで記載してください。 ※超えた後の医療費は記載する必要ありません。				
	日			円	
	日			円	
6月	日			円	60,000円

○かかった医療費が確認できる領収書等（領収証の原本（又は写し）、領収証明書など）を添付してください。

行政記載欄（枚数確認用）

	枚
--	---