

令和 年 月分 医療費申告書

(申告者)

住所

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。

受給者番号									受診者氏名	
疾 病 名										

受診日	病院・薬局などの名称	医療費の内容	
		治療内容・ 医薬品名など	かかった医療費(円) (10割分)
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
合 計			

注1) かかった医療費(10割分)については、当該疾病の治療にかかった医療費を計上すること。

注2) 申告した医療費が確認できる領収書及び該当月の自己負担額管理票のコピーを添付すること。