

年 月分 医療費申告書

住所 _____

氏名 _____

小児慢性特定疾病「 _____ 」に係わる医療費については、下記のとおりです。
「 _____ 」に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	総医療費(円) (10割分)
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
合 計			

- (注)・本申告書は、月ごとに1枚記入してください。
- ・「総医療費(10割分)」は、当該疾病の治療分のみ計上してください。保険診療外分は含みません。
 - ・申告した医療費が確認できる領収書及び(診療等)明細書を添付してください。