

医療費申告書（小児慢性特定疾病）

保護者氏名 _____

受診者氏名 _____

受給者番号 _____

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。

受診月	受診日	病院・薬局などの名称 (3カ所以上の医療機関等の領収書がある場合は、4カ所目は省略可)	かかった医療費（円） (10割分)の月合計
年 月分	， 。		円
	， 。		
	， 。		
年 月分	， 。		円
	， 。		
	， 。		
年 月分	， 。		円
	， 。		
	， 。		
年 月分	， 。		円
	， 。		
	， 。		
年 月分	， 。		円
	， 。		
	， 。		

注1) かかった医療費を証明する書類のうち、「小児慢性特定疾病医療費自己負担上限額管理票の写し」を提出する場合は、本申告書の提出は省略できます。

注2) かかった医療費を証明する書類のうち、「領収書の写し」を提出する場合は、必ず本申告書を提出してください。

注3) 記載する医療費は、50,000円（診療報酬点数:5,000点）を超えることが分かる範囲まで記入してください。申請月から起算した過去12ヶ月以内に、上記医療費を超える月が6回以上必要です。また、医療費助成を受けていなかった期間の領収書は対象外です。