

軽 症 高 額 該 当

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。

※ 総医療費は領収書の総医療点数×10円です

受診日	病院・薬局などの名称	指 定 難 病 に 係 る 医 療 費 の 内 訳		
		治療内容・ 医療品名など	支払った自己負担額 (医療保険負担分) 円	※ 総医療費 (10割分) 円
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
合 計				

◆かかった医療費が確認できる領収書のコピーを添付してください。
(原本を添付された場合、返却いたしませんので療養費の還付等に必要の方は必ずコピーを添付ください。)

◆医療費について、次の額を超えていることがわかる範囲までのご記入で差し支えありません。
※「軽症高額該当」を理由として申請する方：33,330円

※ 軽症高額該当：指定難病の医療費助成に係る診断基準を満たし、重症度分類を満たさない方で、月ごとの当該指定難病に係る医療費総額が33,330円を超える月が、申請日の属する月以前の12か月以内に3か月以上ある方は、申請に基づき指定難病の支給認定を行うことができます。
例えば、
医療保険が1割負担の場合：3,333円
2割負担の場合：6,666円
3割負担の場合：1万円
を超えて支払った自己負担の月が3か月以上ある。

記入例は裏面

記入例

平成 26 年 4 月分 医療費申告書

住 所 奈良県〇〇市〇〇123

氏 名 奈良 太郎

指定難病である 〇 〇 〇 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。

※総医療費とは領収書の保険点数合計×10円です。

受診日	病院・薬局などの名称	指定難病に係る医療費の内訳		
		治療内容・ 医療品名など	支払った自己負担額 (医療保険負担分) 円	※総医療費 (10割分) 円
5 日	〇〇病院	診察、血液検査	2, 700円	9, 000円
5 日	△△薬局	薬の名前	3, 300円	11, 000円
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
合 計				

◆かかった医療費が確認できる領収書のコピーを添付してください。
(原本を添付された場合、返却いたしませんので療養費の還付等に必要の方は必ずコピーを添付ください。)

◆医療費について、次の額を超えていることがわかる範囲までのご記入で差し支えありません。
※「軽症高額該当」を理由として申請する方：33, 330円

※ 軽症高額該当：指定難病の医療費助成に係る診断基準を満たし、重症度分類を満たさない方で、月ごとの当該指定難病に係る医療費総額が33, 330円を超える月が、申請日の属する月以前の12か月以内に3か月以上ある方は、申請に基づき指定難病の支給認定を行うことができます。
例えば、
医療保険が1割負担の場合：3, 333円
2割負担の場合：6, 666円
3割負担の場合：1万円
を超えて支払った自己負担の月が3か月以上ある。