

軽 症 高 額 該 当

令和 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				
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な方は必ずコピーを添付ください。)

◆医療費について、次の額の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：33,331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(=33,331円以上)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

令和 3年 5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
24日	□□診療所	診察、血液検査	9,000円	30,000円
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
合 計			15,000円	50,000円

◆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、次の額の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：33,331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(=33,331円以上)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。