

医療費申告書（小児慢性特定疾病）

申請者氏名 _____

児童氏名 _____

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	かかった医療費（円） （健康保険の対象となる 医療費の10割相当）
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（健康保険の対象となる医療費の10割相当）については、小児慢性特定疾病に関する治療等にかかった医療費を記入してください。

注2) 支給認定を受けていない期間の医療費については勘定できません。

注3) 入院時の食事療養費及び生活療養費は含みません。

注4) 申告した医療費が確認できる自己負担限度額管理票又は領収書を添付してください。