

**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・<br>医療品名など | 支払った自己負担額<br>(医療保険負担分) 円 | *総医療費<br>(10割分) 円 |
| 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。

**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・<br>医療品名など | 支払った自己負担額<br>(医療保険負担分) 円 | *総医療費<br>(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。