

**小児慢性特定疾病高額治療継続者
(高額かつ長期)**

受給者番号					

年 月分 医療費申告書

住所 _____

氏名 _____

小児慢性特定疾病である

※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	小児慢性特定疾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				
合 計				

- ◆自己負担上限額管理票で総医療費5万円以上を確認できない月について、この申告書を使用してください。
(自己負担上限額管理票で総医療費5万円以上が確認できる月は、それが確認できるページのコピーがあれば、この申告書は必要ありません。)
- ◆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、返却できませんのでご注意ください。)
- ◆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。
※「高額かつ長期」を理由として申請する方：50,000円

★小児慢性特定疾病高額治療継続者(高額かつ長期)：小児慢性特定疾病医療の受給者が、小児慢性特定疾病高額治療継続者の申請日の属する月以前の12か月以内に、月ごとの当該小児慢性特定疾病にかかる医療費総額が5万円を超える月が6か月以上ある場合(小児慢性特定疾病医療受給者)

記入例は裏面

記入例

小児慢性特定疾病高額治療継続者 (高額かつ長期)		受給者番号 <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> </tr> </table>									
平成 27 年 6 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											
小児慢性特定疾病である ○ ○ ○ 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	小児慢性特定疾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	1,800円	9,000円							
5日	△△薬局	薬の名前	9,000円	45,000円							
日											
日											
日											
日											
日											
日											
日											
日											
日											
合 計			10,800円	54,000円							
◆自己負担上限額管理票で総医療費5万円以上を確認できない月について、この申告書を使用してください。 (自己負担上限額管理票で総医療費5万円以上が確認できる月は、それが確認できるページのコピーがあれば、この申告書は必要ありません。) ◆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、返却できませんのでご注意ください。) ◆総医療費について、50,000円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。											
★小児慢性特定疾病高額治療継続者(高額かつ長期)：小児慢性特定疾病医療の受給者が、小児慢性特定疾病高額治療継続者の申請を行う日の属する月以前の12か月以内に、月ごとの当該小児慢性特定疾病にかかる医療費総額が5万円を超える月が6か月以上ある場合(小児慢性特定疾病医療受給者として認定された日以降が対象です)、自己負担上限月額の特減を受けることができます。											
記入例は裏面											