

平成 年 月分 医療費内訳証明書

住所 _____

受診者氏名 _____

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御記入ください。

医療機関	名称	所在地 〒 (TEL - -)
	代表者名 印	

受診日	医療費の内訳	
	治療内容・医薬品名など	かかった医療費(円) (10 割分)
日		
日		
日		
日		
日		
日		
日		
日		
日		
日		
日		
合計		

○医療費について、軽症高額該当として申請しようとする方は、33,330 円を超えることがわかる範囲まで
ご記入いただくことで差し支えありません。