

平成 27 年 1 月分 医療費申告書

住所 富山市〇〇 〇番地〇〇

氏名 児 童 氏 名

小児慢性特定疾病「 〇〇〇病 」に係る医療費については、下記のとおりです。

「 」にかかっている疾病名をご記入ください。

受診日	病院・薬局などの名称	医療費の内訳	
		治療内容・ 医療品名など	総医療費(円) (10割分)
5 日	〇〇病院	診察 〇〇検査	40,000円
5 日	〇〇薬局	〇〇薬	60,000円
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
合 計			100,000円

(注) ・本申告書は、月毎に1枚記入してください。

- ・「総医療費(10割分)」は、当該疾病の治療分のみ計上してください。保険診療外分は含みません。
- ・申告した医療費が確認できる領収書及び(診療等)明細書を添付してください。