

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。