（様式第８号）

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 代表者名	所在地 〒
	記載担当者	（TEL　　－　　－　　）

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。