

高額難病治療継続者（高額かつ長期）

令和 年 月分 医療費申告書

住 所 _____

受給者番号 _____

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	指定難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				
合 計				

◆自己負担上限額管理票で総医療費50,001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50,001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、次の額の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：50,001円

※高額難病治療継続者（高額かつ長期）：指定難病特定医療の受給者が、高額難病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、月ごとの当該指定難病にかかる医療費総額が5万円を超える（＝50,001円以上）月が6か月以上ある場合（指定難病特定医療受給者として認定された日以降が対象です）、自己負担上限月額額の減額を受けることができます。

例えば、医療費の自己負担割合が2割の場合：1万円 を超えて支払った自己負担の月が6か月以上ある。
（1割の場合：5千円）

記入例は裏面

記入例

高額難病治療継続者(高額かつ長期)

令和 3年 5月分 医療費申告書

住所 奈良県〇〇市〇〇123

受給者番号 1234567

氏名 奈良 太郎

指定難病である 〇〇〇病 ※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	指定難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	2,700円	9,000円
5日	△△薬局	薬の名前	3,300円	11,000円
26日	□□薬局	薬の名前	14,100円	47,000円
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
合 計			20,100円	67,000円

◆自己負担上限額管理票で総医療費50,001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50,001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、次の額の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：50,001円

※高額難病治療継続者(高額かつ長期)：指定難病特定医療の受給者が、高額難病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、月ごとの当該指定難病にかかる医療費総額が5万円を超える(=50,001円以上)月が6か月以上ある場合(指定難病特定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られます。

例えば、医療費の自己負担割合が2割の場合：1万円を超えて支払った自己負担の月が6か月