

医療費申告書

静岡県知事 様

申請者住所

申請者氏名

指定難病の名称

指定難病に係る医療費については、次のとおりです。

| 受診年月 | 受診日 | 病院・薬局などの名称 | かかった医療費 (10割分) | 治療内容・ 医薬品名など |
|--------|-----|------------|-------------------|-----------------|
| 年 月 | | | 円 | |
| | | | 円 | |
| | | | 円 | |
| | | | 円 | |
| 月分合計 | | | 円 | |
| 年 月 | | | 円 | |
| | | | 円 | |
| | | | 円 | |
| | | | 円 | |
| 月分合計 | | | 円 | |
| 年 月 | | | 円 | |
| | | | 円 | |
| | | | 円 | |
| | | | 円 | |
| 月分合計 | | | 円 | |

注 かかった医療費が確認できる領収書等を添付してください。