

年 月分 高額医療費支給申請内訳書

受診者	
-----	--

番号	診療日	医療機関名	入 外 別	医療費総額 (食費を除く)	一部負担金 相 当 額
1			入院・外来	円	円
2			入院・外来	円	円
3			入院・外来	円	円
4			入院・外来	円	円
5			入院・外来	円	円
6			入院・外来	円	円
7			入院・外来	円	円
8			入院・外来	円	円
9			入院・外来	円	円
10			入院・外来	円	円
外 来 合 計 額				円	円
入 院 合 計 額				円	円
総 合 計 額				円	円

* 申請対象月以前の1年間(2018年8月以降)で、世帯の自己負担合計が57,600円を超える月が3回以上ある場合は、その年月を下記にご記入ください。



①	年 月	②	年 月	③	年 月
---	-----	---	-----	---	-----

- * 受診者1人につき一枚の記入をしてください。
- * 他の医療費助成制度を受けている場合には、その医療券のコピーを添付してください。
- * 助成金額は、申請(領収書)金額とは異なる場合がございますのでご了承ください。