

医療費申告書

(年 月分)

疾病名							
受給者氏名		受給者番号					
受診日	指定医療機関名	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							
合 計							

小児慢性特定疾病にかかった医療費については、上記のとおりです。

年 月 日

申請者 住所

氏名

島根県知事 様

- ※ 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。
- ※ 「治療内容・医薬品名」欄は、添付書類で確認できる場合は省略できます。
- ※ 5万円を超えることが分かる範囲までご記入ください。
- ※ 2枚目以降については、太枠内のみご記入ください。

枚目 / 枚中