

医療費申告書

令和 年 月 日

（あて先）浜松市長

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。

受診者 氏名		受給者 番号							
-----------	--	-----------	--	--	--	--	--	--	--

年	月分
---	----

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
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
	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。

裏面も御確認ください

記載例

医療費申告書

※領収書等を提出しない場合は

令和 7年 7月 1日

提出不要です。

※「別紙2」参照

申請者住所
浜松市〇区〇〇町〇〇〇-〇〇

申請者氏名
浜松 太郎

指定難病の名称
〇〇〇〇病

指定難病に係る医療費については、次のとおりです。

受診者氏名	浜松 太郎	受給者番	1	2	3	4	5	6	7
-------	-------	------	---	---	---	---	---	---	---

令和 7 年 1、4、5 月分

受診者（患者本人）が18歳以上の場合、2か所とも受診者氏名（患者本人）を記入（※一部の場合除く）

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
	別紙のとおり	円	
		円	
		円	
		円	
	合計	円	

- 「別紙のとおり」のみ記載してください
- 添付していただく領収書等（写）により、内容確認を行います

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。