

## 医療費申告書

(申請先) 広島市長

(申請者) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

受診者との続柄 ( \_\_\_\_\_ )

当該疾病に係る医療費は下記のとおりです。

疾病名		
受診年月	医療費総額 (10割分)	
年 月	円	
年 月	円	
年 月	円	
年 月	円	
年 月	円	
年 月	円	
年 月	円	

※ 医療費総額 (10割分) については、当該疾病の治療に要した医療費を計上すること。

※ 申告した医療費が確認できる次のいずれかの書類を添付すること。

ア. 自己負担上限額管理票の写し (自己負担上限月額が10,000円以上の者に限る)

イ. 領収書、診療報酬明細書等の写し (認定疾病の治療であり、その医療費総額がわかるもの)

ウ. 医療機関等で発行された医療費総額が分かる証明書 (任意様式)