

医療費申告書(指定難病)

★★受給者証の写しで医療費が確認できる場合、本申告書の記載は不要です。

★記載する医療費は、以下の額を超えることがわかる範囲まで記入してください。

「軽症高額該当」の申請をする場合：医療費総額（10割）が、33,330円を超えている月が3ヶ月以上

「高額かつ長期」の申請をする場合：医療費総額（10割）が、50,000円を超えている月が6ヶ月以上

氏 名	
住 所	
病 名 (指定難病)	

指定難病にかかる医療費については、下記のとおりです。

また、添付する領収書に不明な点がある場合は、領収書等を発行した医療機関へ照会することに同意します。

【算定期間】申請月からさかのぼること12ヶ月前(年 月)～申請月(年 月)まで

※例えば、今年6月に申請する場合、昨年7月までさかのぼることができます。

受 診 日	病院・薬局等の名称	指定難病にかかる医療費の内訳	
		治療内容・ 医薬品名等	かかった医療費 (10割分)
年 月 日			円
年 月 日			円
年 月 日			円
年 月 日			円
年 月 日			円
年 月 日			円
年 月 日			円
年 月 日			円
年 月 日			円
年 月 日			円
年 月 日			円
年 月 日			円
年 月 日			円
年 月 日			円
年 月 日			円
年 月 日			円
年 月 日			円

☐添付書類 かかった医療費が確認できる領収書等※を添付すること（裏面の留意事項をご覧ください）

【お問い合わせ先】 岡山県医薬安全課 特定保健対策班 TEL:086-226-7342

医療費申告書(指定難病)

記載例

氏名	岡山 桃太郎
住所	倉敷市笹沖170
病名 (指定難病)	〇〇病

指定難病にかかる医療費については、下記のとおりです。

また、添付する領収書に不明な点がある場合は、領収書等を発行した医療機関へ照会することに同意します。

【算定期間】申請月からさかのぼること12ヶ月前(令和6年4月)～申請月(令和7年3月)まで

※例えば今年6月に申請する場合、昨年7月までさかのぼることができます。

受診日	病院・薬局等の名称	指定難病にかかる医療費の内訳	
		治療内容・ 医薬品名等	かかった医療費 (10割分)
令和7年2月1日	□□病院	診察、検査、処方、手術、注射、入院等記載	23,430 円
令和7年2月6日	△△薬局	〇〇×× (薬の名称等記載)	26,780 円
年 月 日			円
年 月 日			円

・医療機関で受けた治療等を
わかる範囲で記載。
・特定医療費の支給対象となる
介護サービスを含みます。

領収書の合計金額(10割分)または、
保険点数合計の10倍を記載。
(指定難病と関係のないものはわか
る範囲で除いてください)

■領収書等※とは・・・医療機関が発行したもので、以下の項目が表記されているもの

- ・医療機関名
- ・診療科(あれば)
- ・受診日
- ・医療費点数(医療介護サービス単位数)で医療費総額がわかるもの
- ・「検査」「投薬」等の診療内容 等

(例)領収書、診療報酬明細書、調剤明細書、介護保険サービス利用証明書等

【注意】保険者の発行する医療費通知は、診療科・診療内容等がわからず指定難病にかかる医療費であることの判別ができないため使用できません。

■記入の際の注意事項

- ・欄が不足する場合は、用紙をコピーしてお使いください。
- ・かかった医療費を証明する書類のうち、「特定医療費(指定難病)自己負担額管理票(受給者証)」の写しを提出する場合は、本申告書の記載は省略できます。
- ・入院時の食事代、おしめ代等の保険適用とならないものは対象となりません。
- ・「軽症高額該当」の申請をする場合:申請日の属する月以前の12ヶ月以内に、指定難病にかかる医療費総額(10割)が、33,330円(診療報酬点数:3,333点)を超えている月が3ヶ月以上あることが必要です。
- ・「高額かつ長期」の申請をする場合:申請日の属する月以前の12ヶ月以内に、指定難病又は小児慢性特定疾病にかかる医療費総額(10割)が、50,000円(診療報酬点数:5,000点)を超えている月が6ヶ月以上あることが必要です。なお、算定は、認定期間中の医療費に限ります。

医療費申告書(小児慢性特定疾病)

★★受給者証の写しで医療費が確認できる場合、本申告書の記載は不要です。

★記載する医療費は、以下の額を超えることがわかる範囲まで記入してください。

「軽症高額該当」の申請をする場合：医療費総額（10割）が、33,330円を超えている月が3ヶ月以上

「高額かつ長期」の申請をする場合：医療費総額（10割）が、50,000円を超えている月が6ヶ月以上

氏 名	
住 所	
病 名 (小児慢性特定疾病)	

小児慢性特定疾病にかかる医療費については、下記のとおりです。

また、添付する領収書に不明な点がある場合は、領収書等を発行した医療機関へ照会することに同意します。

【算定期間】申請月からさかのぼること12ヶ月前(年 月)～申請月(年 月)まで

※例えば、今年6月に申請する場合、昨年7月までさかのぼることができます。

受 診 日	病院・薬局等の名称	小児慢性特定疾病にかかる医療費の内訳	
		治療内容・ 医薬品名等	かかった医療費 (10割分)
年 月 日			円
年 月 日			円
年 月 日			円
年 月 日			円
年 月 日			円
年 月 日			円
年 月 日			円
年 月 日			円
年 月 日			円
年 月 日			円
年 月 日			円
年 月 日			円
年 月 日			円
年 月 日			円
年 月 日			円
年 月 日			円
年 月 日			円

☐添付書類 かかった医療費が確認できる領収書等※を添付すること（裏面の留意事項をご覧ください）

【お問い合わせ先】 岡山県医薬安全課 特定保健対策班 TEL:086-226-7342

医療費申告書(小児慢性特定疾病)

氏名	岡山 桃太郎
住所	倉敷市笹井170
病名 (小児慢性特定疾病)	〇〇病

小児慢性特定疾病にかかる医療費については、下記のとおりです。

また、添付する領収書に不明な点がある場合は、領収書等を発行した医療機関へ照会することに同意します。

【算定期間】申請月からさかのぼること12ヶ月前(令和6年4月)～申請月(令和7年3月)まで

※例えば今年6月に申請する場合、昨年7月までさかのぼることができます。

受診日	病院・薬局等の名称	小児慢性特定疾病にかかる医療費の内訳	
		治療内容・ 医薬品名等	かかった医療費 (10割分)
令和7年2月1日	□□病院	診察、検査、処方、手術、注射、入院等記載	23,430 円
令和7年2月6日	△△薬局	〇〇×× (薬の名称等記載)	26,780 円
年 月 日			円
年 月 日			円

・医療機関で受けた治療等を
わかる範囲で記載

領収書の合計金額(10割分)または、
保険点数合計の10倍を記載。
(小児慢性特定疾病と関係のないも
のはわかる範囲で除いてください)

■領収書等※とは・・・医療機関が発行したもので、以下の項目が表記されているもの

- ・医療機関名
- ・診療科(あれば)
- ・受診日
- ・医療費点数(医療サービス単位数)で医療費総額がわかるもの
- ・「検査」「投薬」等の診療内容等

【注意】保険者の発行する医療費通知は、診療科・診療内容等がわからず小児慢性特定疾病にかかる医療費であることの判別ができないため使用できません。

■記入の際の注意事項

- ・欄が不足する場合は、用紙をコピーしてお使いください。
- ・かかった医療費を証明する書類のうち、「小児慢性特定疾病医療自己負担額管理票(受給者証)」の写しを提出する場合は、本申告書の記載は省略できます。
- ・入院時の食事代、おしめ代等の保険適用とならないものは対象となりません。
- ・「軽症高額該当」の申請をする場合:申請日の属する月以前の12ヶ月以内に、小児慢性特定疾病にかかる医療費総額(10割)が、33,330円(診療報酬点数:3,333点)を超えている月が3ヶ月以上あることが必要です。
- ・「高額かつ長期」の申請をする場合:申請日の属する月以前の12ヶ月以内に、指定難病又は小児慢性特定疾病にかかる医療費総額(10割)が、50,000円(診療報酬点数:5,000点)を超えている月が6ヶ月以上あることが必要です。なお、算定は、認定期間中の医療費に限ります。