

医療費申告書
(令和 年 月分)

申請者住所

申請者氏名

受診者名		受給者番号	
------	--	-------	--

小児慢性特定疾病医療である

※に係る医療費については、下記のとおりです。

※受給者証に記載の疾病名をご記入ください。

日付	指定医療機関名	医療費総点数 (点)	豊橋市保健所 記入欄
			医療費総額 (円) (10割分)
月 日		点	円
月 日		点	円
月 日		点	円
月 日		点	円
月 日		点	円
月 日		点	円
月 日		点	円
月 日		点	円
月 日		点	円
月 日		点	円
月 日		点	円
合 計		点	円

※医療費総額が確認できる領収書等を添付すること。

※医療費総点数が5,000点を超えることが分かる範囲までご記入いただくことで差し支えありません。