

# 軽症高額医療費申告書

石川県知事 殿

私は、軽症高額該当基準について、下記の通り申請します。

令和 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

| 疾病名               | 令和 年 月 から 令和 年 月 までの間<br>(申請日の月の12カ月前) (申請日の月) |    |
|-------------------|--|----|
| 算定根拠期間※<br>(1年間)  |  |    |
| 診療・調剤・介護給付<br>年 月 | 診療・調剤等費の医療費総額 (円)                              | 備考 |
| 年 月               | 円  |    |
| 年 月               | 円  |    |
| 年 月               | 円  |    |
| 年 月               | 円  |    |
| 年 月               | 円  |    |
| 年 月               | 円  |    |
| 年 月               | 円  |    |
| 年 月               | 円  |    |
| 年 月               | 円  |    |
| 年 月               | 円  |    |
| 年 月               | 円  |    |
| 年 月               | 円  |    |
| 年 月               | 円  |    |
| 年 月               | 円  |    |

- ・ 難病治療の対象となる医療・介護保険サービスに係る費用のみ記載ください。
- ・ 難病治療でかかった医療費が確認できる領収書（コピー可）を添付してください。