

高額長期医療費申告書

石川県知事 殿

私は、高額長期該当基準について、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 (申請日の月の12ヵ月前) (申請日の月)	
算定根拠期間※ (1年間)		
診療・調剤・介護給付 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	

※難病医療費助成制度の支給認定が行われた月以降が対象となります。

- ・ 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。