

長期療養者に関する申出書

| 療養者氏名 | | 申請者との続柄 | | |
|--|--------------------------------------|----------------------|------|----|
| 傷病名 | | | | |
| 療養開始日 | 年 月 日 | | | |
| 療養期間 | 入院： 年 月 日～ 年 月 日 通院： 年 月 日～ 年 月 日 | | | |
| 療養費等内訳(円) | | | | |
| 医療費支払月 | 支出金額 (食費・文書料は除く) | 払戻金額(保険金等により補填される金額) | | 備考 |
| | | 高額医療費等 | 保険金等 | |
| 年 月 | | | | |
| 年 月 | | | | |
| 年 月 | | | | |
| 年 月 | | | | |
| 年 月 | | | | |
| 年 月 | | | | |
| 年 月 | | | | |
| 年 月 | | | | |
| 年 月 | | | | |
| 年 月 | | | | |
| 年 月 | | | | |
| 年 月 | | | | |
| 合計 | (A) | (B) | (C) | |
| 控除額 A-B-C | | 円 | | |
| 上記のとおり申し出ます。 令和 年 月 日 住所 _____ 氏名 _____ (療養者本人、又は父母等が署名) | | | | |

【提出書類】

- ・ 医師の診断書(申請時より1ヶ月以内・コピー可)
- ・ 上記期間に支出した領収書のコピー(療養者名が記載された者)

【備考】

- ・ 支出金額は領収書コピーを提出した金額のみ記載してください。
- ・ 長期療養対象者は、申請時現在において6ヶ月以上にわたって療養中の者、または6ヶ月以上の療養が必要と認められる者です。
- ・ 申請時において療養が終了している者は対象となりません。