

## 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	平成 年 月 日			
療養期間	入院： 年 月 日（平成 年 月 日～平成 年 月 日） 通院： 年 月 日（平成 年 月 日～平成 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				
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。 平成 年 月 日 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">                     住所 _____                      氏名 _____ 印 _____                      （療養者本人、又は父母等が署名）                 </div>				

**【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。