

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 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> 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。