

長期療養者に関する申出書（後期申請用）

| 療養者氏名 | | 続柄 | | |
|---|--|---------------------------|---------|-----|
| 傷病名 | | | | |
| 療養開始日 | 年 月 日 | | | |
| 療養期間 | 入院(予定) 年 か月 (年 月 日～ 年 月 日) 通院(予定) 年 か月 (月 回程度) | | | |
| 療 養 費 等 内 訳 (円) | | | | |
| 医療費支払月 | 支 出 金 額 (A) (入院患者の食費・文書料は除く) | 払 戻 金 額 (保険金等により補てんされる金額) | | 備 考 |
| | | 高額療養費等(B) | 保険金等(C) | |
| (前年) 10月 | | | | |
| 11月 | | | | |
| 12月 | | | | |
| (本年) 1月 | | | | |
| 2月 | | | | |
| 3月 | | | | |
| 4月 | | | | |
| 5月 | | | | |
| 6月 | | | | |
| 7月 | | | | |
| 8月 | | | | |
| 9月 | | | | |
| 計 | | | | |
| 控除額 (A-B-C) | 円 | | | |
| 上記のとおり申し出します。 年 月 日 住 所 _____ 氏 名 _____ 印 (療養者本人, 又は父母等が署名) | | | | |

備 考

- * 上記期間に支出した医療費の領収書コピー（療養者名，支払日，支払内訳が記載されたもの）及び医師の診断書を添付してください。
- * 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。（レシートは不可）
- * 長期療養対象者は，申請時現在において6か月以上にわたって療養中の者，または6か月以上療養を必要と認められる者です。
- * 申請時において療養が終わっている者は対象となりません。また，生活習慣病で食生活の改善または服薬していれば通常の生活，勤務が可能な場合（代表的な生活習慣病：糖尿病，高血圧，高脂血症等）についても対象となりません。