

長期療養者に関する申出書（前期申請用）

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) 4月				
5月				
6月				
7月				
8月				
9月				
10月				
11月				
12月				
(本年) 1月				
2月				
3月				
計				
控除額 (A-B-C)	円			
<p>上記のとおり申し出します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 _____</p> <p style="text-align: right;">氏名 _____ 印 _____</p> <p style="text-align: right;">(療養者本人, 又は父母等が署名)</p>				

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。

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。