(様式10)

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 (保険金等により補填される金額)		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		

上記のとおり申し出ます。

年　　月　　日

住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

(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) についても対象になりません。

(様式10)

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 (保険金等により補填される金額)		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ます。

年　　月　　日

住 所

氏 名　　㊞

(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) についても対象になりません。