

# 医療費申告書

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

指定難病である(疾病名) \_\_\_\_\_ に係る医療費については下記のとおりです。

受 診 日	かかった総医療費（10割分）	仙台市処理欄
年 月 日	円	該当 ・ 非該当
年 月 日	円	該当 ・ 非該当
年 月 日	円	該当 ・ 非該当
年 月 日	円	該当 ・ 非該当
年 月 日	円	該当 ・ 非該当
年 月 日	円	該当 ・ 非該当
年 月 日	円	該当 ・ 非該当
年 月 日	円	該当 ・ 非該当
年 月 日	円	該当 ・ 非該当
年 月 日	円	該当 ・ 非該当
年 月 日	円	該当 ・ 非該当
年 月 日	円	該当 ・ 非該当
年 月 日	円	該当 ・ 非該当
年 月 日	円	該当 ・ 非該当
年 月 日	円	該当 ・ 非該当
該 当 月 数 の 合 計		月

※ かかった医療費が確認できる領収書等を添付してください。