**医療費領収書添付用紙**

|  |
| --- |
| **注意**  受診者が申請者と同一の場合は、一医療機関ひと月分  (申請用紙1枚分)につき1,000円の受給者負担が発生します。  ※ 医療機関都合で児童分を用紙申請する場合、受給者負担はありません ※  の  り  づ  け  位  置  「保険外負担」を除く  「一部負担金」や「負担金」の  負担合計額を  記入してください。  入院時の食事・療養費は支給対象外  一部負担額には加算されません |
| **医療機関名**  **（薬局名）** |  | |
| **保険一部負担額** |  | 円 |
| **自己負担額** |  | 円 |
| **申請額** |  | 円 |