**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 |