

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。