

年収目安	1 医療機関あたりの自己負担額 ※
約370万円以上	80,100円
約370万円以下	57,600円
住民税非課税世帯	35,400円

必要書類 医療費支給申請書

支給決定通知書の**原本** 

領収書(コピー可)

必要書類 医療費支給申請書

B

領収書原本

- 医療費支給申請書
- 補装具の作成指示書(コピー可)
- 支給決定通知書の原本
- 領収書(コピー可)

※ 原則として、上記自己負担額を超えると、高額療養費の対象となります。