

(別紙様式1)

(医科診療報酬の例)

領 収 証

受診者氏名 **健保 一郎 様**

受診日 ○○○○年○月○日

患者番号	氏 名	請求期間 (入院の場合)					
	健保 一郎 様	年 月 日 ~ 年 月 日					
受診科	入・外	領収書No.	発行日	費用区分	負担割合	本・家	区分
			○○○○ 〇月〇日				
保 険	初・再診料	入院料等	医学管理等	在宅医療	検 査	画像診断	投 薬
	点	点	点	点	点	点	点
	注 射	リハビリテーション	精神科専門療法	処 置	手 術	麻 酔	放射線治療
	点	点	点	点	点	点	点
保 険 外 負 担	病理診断	診断群分類 (DPC)	食事療養	生活療養			
	点	点	円	円			
保 険 外 負 担	評価療養・適定療養	その他					
		50,000円					
	(内訳)	(内訳)					
		人間ドック費用					
		合 計		保 険	保 険 (食事・生活)	保険外負担	
				円	円	50,000 円	
		負担額		円	円	円	
		領収額合計				円	

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

医療機関の名称

東京都○○区○○-○○-○○  
○○○病院

領収印

診療明細書

患者番号	氏名	健保 一郎	受診日	0000年0月0日
受診科				
項目	単 位 名	金額		
自費	人間ドック	50,000円		

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

東京都○○区○○-○○-○○  
○○○病院

領 収 書

発行日： ○○○○年○月○日

受診者氏名 **健保 一郎 様**

受診日 ○○○○年○月○日

費用 **¥50,000-**

但し、**人間ドック費用** として  
上記、正に領収いたしました

医療機関の名称 → ○○○○病院  
江東区豊洲○○-○○-○○ 領収印  
TEL : 00-0000-0000

領収書に  
対象となる人間ドック費用であることの記載が明記されている

領収書のみの提出で  
**OK!**

領収書に  
保険外費用の記載のみで  
対象となる人間ドック費用であることの記載が明記されていない

領収書と診療明細書  
などの検査項目が記載  
されている内訳の  
提出が必要!!

差し戻し後の再申請をする場合は、添付情報の履歴は残りませんので、全ての書類をもう一度、添付してください。  
今回の申請に使用した添付書類 (領収書等) の原本は、決裁が終わるまで保管をお願いいたします