

(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・適応療養	その他			保 険	保 険 (食事・生活)	保険外負担
		2,000円					
	(内訳)	(内訳)	合 計		円	円	2,000 円
		〇〇市	負担額		円	円	円
	〇〇検査費用	領収額				円	
		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○○-○○-○○ 領収印
○○○病院

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	〇〇検査 (〇〇市)	2,000円		

東京都○○区○○-○○-○○ 領収印
○○○病院

領 収 書

受診者氏名 **健保 一郎 様**

発行日: ○○○○年○月○日

受診日 ○○○○年○月○日

費用 **¥2,000-**

但し、**〇〇検査費用 (〇〇市)** として
上記、正に領収いたしました

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

領収書に自治体名と対象となる検査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自治体名と対象となる検査費用であることの記載が明記されていない

領収書と自治体名および検査項目が記載された診療明細書など内訳の提出が必要!!

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