

支給決議書	支給額	百万	拾万	万	千	百	十	円	常務理事	事務長	係	係
	内訳	法定										
		付加 食事										
期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間	資格	得喪	昭和・平成 年 月 日 平成 年 月 日							
計算式	円 × 90% ・ 80% ・ 70%											

ソニー健康保険組合 理事長殿
健康保険 被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

≪2ページ目につづく≫

被保険者が記入するところ	①被保険者証の 記号・番号	記号 番号	②被保険者の氏名・押印 被保険者本人が氏名を記入した場合は押印不要		印	
	③被保険者の住所 支給決定通知書の送付、及び 書類不備の際に使用します	〒 —				
	④日中連絡の取れる電話番号 お問い合わせの際に使用します 複数可	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯	— —	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯	— —	
	⑤被保険者が勤務している会社名					
	⑥傷病名	⑦発病又は 負傷の年月日	平成 年 月 日	(負傷の場合は 時頃)		
	⑧発病又は負傷の原因					
	⑨診療を受けた 医療機関の	(a) 名称	(b) 所在地			
	⑩診療の内容					
	⑪診療の期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間	⑫診療に要 した費用の額	円	
	⑬上の⑪に書いた期間中で入院した期間	平成 年 月 日 から	平成 年 月 日 まで			
	⑭療養の給付を受けられなかった理由					
	⑮被扶養者に関 する申請の ときはその者の	(a) 氏 名	(b) 生 年 月 日	(c) 被保険者との続柄		
	⑯この請求書を提出する時点で被保険者が退職している、もしくは1ヶ月以内に 退職することが明らかですか				<input type="checkbox"/> はい⇒⑰へ <input type="checkbox"/> いいえ⇒⑱へ	
	⑰この請求書を提出する時点で退職後の健康保険制度（任意継続被保険者制度・ 退職者医療制度）に加入していますか				<input type="checkbox"/> はい⇒⑱～⑲記入不要 <input type="checkbox"/> いいえ⇒⑱へ（⑲記入不要）	
	⑱振込希望口座 銀行か郵便局のど ちか一方を記入	銀行	銀行普通店番 支店当座口座番号	フリガナ	名義人氏名	
⑲委任状 押印必須(外国国籍 を有する方はサイン 可)	私は _____ を代理人と定め、上記のとおり申請した療養費及び同付加金の 受領方を委任します。 _____ 被保険者証に記載されている「事業所名称」を記入		平成 年 月 日	印		

〔注意事項〕

- 治療用器具代の申請をする場合
2ページ目の記入は必要ありません。但し、以下の書類(原本)を添付して下さい。
『医療担当者による装着証明書』及び『領収書』
- 自費診療代の申請をする場合
以下の書類を添付して下さい。
『診療報酬明細書』（写し可）⇒2ページ目に直接医療機関の証明を受けても結構です。
『領収証』（原本）
- 印鑑は認印可。シャチハタ、日付印は不可です。
- 訂正した場合は、必ず訂正印を押して下さい。
- 提出された申請書及び添付書類については、返却・写しの送付等は一切致しません。

〔個人情報保護に関して〕

※個人情報保護ポリシー（基本方針）に則り、取り組みを推進しています。
※次に示すいずれかに該当した場合は、あらかじめ本人の同意を得ないで、当該利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことがあります。

- 法令に基づく場合
- 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
- 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
- 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき

※個人情報の照会、修正等を希望される場合は、下記担当窓口までご連絡いただければ、合理的な範囲ですみやかに対応させていただきます。
〒141-0001 東京都品川区北品川6-7-35 ソニー健康保険組合 業務室 TEL: 03-5795-6111 FAX: 03-5795-6107

受付時間/9:00~17:30 (土曜、日曜、祝祭日、年末年始を除く)
療養費 H17.4

受 付 印

診療報酬明細書 〔添付可〕

患者名				診療期間	年 月 日から	年 月 日まで	実日数		
傷病名							日間		
初診	時間外・休日・深夜	回	円	注 射	皮下筋肉	回	円		
指導			円		静脈内	回			
再 診	時間内	回	円	処 置	その他	回			
	時間外	回							
	休日	回					回	円	
	深夜	回							
在 宅	住診	回	円	手 術	薬剤	回			
	夜間	回					回	円	
	深夜・緊急	回		手 術	薬剤				
	在宅患者訪問診療	回							
	その他							回	
	薬剤	回							
投 薬	内服	薬剤		検 査		回	円		
		調剤	回		薬剤	回			
	屯服	薬剤		画 像 診 断		回	円		
		調剤	回						
	外用	薬剤	回		薬剤	回			
処方 麻毒 調基	回		その他	処方せん		円			
		回			薬剤				
入 院	入院年月日 年 月 日			食 事 基 準		円×	日間		
	病 診 衣	入 院 料	×		日間		円×	日間	
			×		日間		円×	日間	
		医 学 管 理	×	日間		円×	日間		
			×	日間					
			×	日間					
	特定入院料・その他			合 計	食事	請求額	負担額		
			療養		日	円	円		
				療養の(1点 円で計算)					
				給付		円			

上記のとおり診療（領収）いたしました。 平成 年 月 日

医療機関の名称・所在地

医師の氏名

電話番号 ()

印

〔医療機関の方へ〕

1. 薬剤名・検査名等は必ず記入して下さい。
2. 1点10円以外で算定された場合はその旨を記入して下さい。

Medical Cost Payment Request

〈Example〉 You underwent examination or treatment without your health insurance card ~page 1~

《記入例》 保険証不所持の場合 1ページ目

支給 内訳 議書	支 給 額	百万	拾万	万	千	百	十	円	常務理事	事務長	係	係
	内 訳	法定							Need not be filled out			
		付加										
期 間	平成	年	月	日から	平成	年	月	日まで	資 格	得 喪	昭和	平成
計 算 式	円 × 90% ・ 80% ・											

Approval seal (mechanical seals are not acceptable) If the insured provides his or her signature above, his or her seal need not be affixed.

Health insurance card symbol/number

Address of the insured

Daytime telephone number
 Home Office Cell phone

Name of company where the insured individual is employed

These sections to be completed by the insured

Period of examination or treatment (Y/M/D to Y/M/D) and number of days

Period of time if hospitalized (Y/M/D to Y/M/D)

Information on the individual undergoing examination or treatment if he or she is a dependent

When submitting this form, is the insured individual retired, or is it clear that he or she will retire within one month?

Upon submission of this form, the insured individual shall be covered by the health insurance system for retirees

Requested bank account for receipt of payments Enter either a bank or a post office account number

An account in the name of the insured

Name and Seal of the insured

療養費支給申請書

①被保険者証の記号・番号 記号 999 番号 999999	②被保険者の氏名・押印 ●被保険者本人が氏名を記入した場合は押印不要 健保 太郎
③被保険者の住所 〒999-9999 〇〇県△△市××99-99	④日中連絡の取れる電話番号 〇〇県△△市××99-99
⑤被保険者が勤務している会社名 〇〇××株式会社	⑥傷病名 気管炎 呼吸器科
⑦発病又は負傷の年月日 平成 17年 3月 6日	⑧発病又は負傷の原因 不詳
⑨診療を受けた医療機関の名称 ××医院	⑩診療の内容 診察、投薬
⑪診療の期間 平成 17年 3月 6日から 平成 年 月 日まで 1日間	⑫診療に要した費用の額 4,000 円
⑬上の⑩に書いた期間中で入院した期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	⑭療養の給付を受けられなかった理由 保険証の再交付手続き中だったため
⑮被扶養者に関する申請のときはその者の (a)氏名 健保 一郎 (b)生年月日 昭・平 12年 6月 7日 (c)被保険者との続柄 長男	⑯この請求書を提出する時点で被保険者が退職しているかどうか 退職することが明らかですか
⑰この請求書を提出する時点で退職後の健康保険制度(退職者医療制度)に加入していますか	⑱振込希望口座 銀行 〇〇銀行 支店 〇〇支店 口座番号 〇〇〇〇〇〇 郵便局 〇〇郵便局 記号 〇〇 番号 〇〇〇〇
⑲委任状 私は 〇〇××株式会社 を代理人と定め、上記のとおり申請した療養費及び同付加金の受領方を委任します。	⑳この請求書を提出する時点で退職後の健康保険制度(退職者医療制度)に加入していますか

Extension number permitted 9-000-0000

Date of illness or injury (Y/M/D) (time in case of injury)

Reason payment of healthcare benefits could not be received

Account type: ordinary account/ current account

Yes⇒Go to 17 No⇒Go to 19

Approval seal (mechanical seals are not acceptable) Individuals with other than Japanese nationalities may sign in lieu of affixing a seal

Date on which letter of attorney was completed (Y/M/D)

I hereby authorize (Business entity) to serve as an agent on my behalf and to receive the above medical care charges (costs) and benefits for which application was made above.

〔注意事項〕
 1. 治療用器具代の申請をする場合
 2ページ目の記入は必要ありません。但し、以下の『医療担当者による装着証明書』及び『領収書』
 2. 自費診療代の申請をする場合
 以下の書類を添付して下さい。
 『診療報酬明細書』(写し可) ⇒2ページ目に直接『領収証』(原本)
 ※次に示すいずれかに該当した場合は、あらかじめ本人の同意を得ないで、当該利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことがあります。
 1. 法令に基づく場合
 2. 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
 3. 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
 4. 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき
 ※個人情報の照会、修正等を希望される場合は、下記担当窓口までご連絡いただければ、合理的な範囲ですみやかに対応させていただきます。
 〒141-0001 東京都品川区北品川6-7-35 ソニー健康保険組合 業務室 : 03-5795-6111 FAX:0 3-5795-6107
 受付時間/9:00~17:30 (土曜、日曜、祝祭日、年末年始を除く)

〈Example〉 You underwent examination or treatment without your health insurance card ~page 2~

《記入例》 保険証不所持の場合 2ページ目

診療報酬明細書 (添付可)													
患者名					診療期間	年	月	日から	年	月	日まで	実日数	
傷病名												日間	
初診	時間外・休日・深夜	回	円	注	皮下筋肉			回				円	
指導			円	対	静脈内			回					
再診	時間内	回	円	処	その他			回					
診	時間外	回		置								円	
	休日	回		手	薬剤			回				円	
	深夜	回		術									
在宅	往診	回	円		薬剤			回				円	
	夜間	回											
	深夜・緊急	回											
	在宅患者訪問診療	回			薬剤			回					
	その他												
	薬剤	回											
内服	薬剤		円	検				回				円	
	調剤	回		査	薬剤			回					
電服	薬剤												
投薬												円	
<p>Required documents: receipt (original) and statement of compensation for examination and treatment (copy). For the statement of compensation for examination and treatment, either use the form provided by the hospital or provide the information on this page.</p>													
入院	院料	×	日間	食	基準			円×				日間	
		×	日間	事				円×				日間	
	医学	×	日間	合	食事			円×				日間	
	管理	×	日間	計	療養	請求額		円				円	
	理	×	日間		療養	の(1点		円で計算)				円	
	特定入院料・その他				給付							円	
上記のとおり診療(領収)いたしました。										平成	年	月	日
医療機関の名称・所在地													
医師の氏名										印			
電話番号										()			

[医療機関の方へ]

1. 薬剤名・検査名等は必ず記入して下さい。
2. 1点10円以外で算定された場合はその旨を記入して下さい。

Medical Cost Payment Request

〈Example〉 When a treatment aid has been prepared ~page 1~

《記入例》治療用装具を作成した場合 1ページ目

支給額	百万	拾万	万	千	百	十	円	常務理事	事務長	係	係	
	内	法定										
	加	付加										
議	期	平成	年	月	日から	資格	得	昭和	・	平成		
書	間	平成	年	月	日まで	喪				平成		
	計	算	式					円	×	90%	・	80%

Need not be filled out

Approval seal (mechanical seals are not acceptable)
If the insured provides his or her signature above, his or her seal need not be affixed.

Health insurance card symbol/number

Address of the insured

Daytime telephone number
 Home Office Cell phone

Name of company where the insured individual is employed

These sections to be completed by the insured

Period of examination or treatment (Y/M/D to Y/M/D) and number of days

Period of time if hospitalized (Y/M/D to Y/M/D)

Information on the individual undergoing examination or treatment if he or she is a dependent

When submitting this form, is the insured individual retired, or is it clear that he or she will retire within one month?

Upon submission of this form, the insured individual shall be covered by the health insurance system for retirees

Requested bank account for receipt of payments
Enter either a bank or a post office account number

An account in the name of the insured

Name and Seal of the insured

療養費支給申請書

①被保険者証の記号・番号 記号 999 番号 999999	②被保険者の氏名・押印 ●被保険者本人が氏名を記入した場合は押印不要 健保 太郎
③被保険者の住所 〒999-9999 〇〇県△△市××99-99	④日中連絡の取れる電話番号 〇〇県△△市××99-9999
⑤被保険者が勤務している会社名 〇〇××株式会社	⑦発病又は負傷の年月日 平成 年 月 日 不詳
⑥傷病名 腰椎椎間板ヘルニア	⑧発病又は負傷の原因 不詳
⑨診療を受けた医療機関の名称 ××医院	⑩診療の内容 軟性コルセットを装着
⑪診療の期間 平成 17年 3月 6日から 平成 年 月 日まで	⑫診療に要した費用の額 22,294 円
⑬上の⑩に書いた期間中で入院した期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	⑭療養の給付を受けられなかった理由 装具製作所が保険契約なき為
⑮被扶養者に関する申請のときはその者の (a)氏名 健保 一郎 (b)生年月日 昭和 12年 6月 7日 (c)被保険者との続柄 長男	⑯この請求書を提出する時点で被保険者が退職しているかどうか はい⇒17へ いいえ⇒19へ
⑰この請求書を提出する時点で退職後の健康保険制度(退職者医療制度)に加入していますか はい⇒18へ いいえ⇒19へ	⑱振込希望口座 銀行 〇〇××株式会社 郵便局 〇〇××株式会社
⑲委任状 私は 〇〇××株式会社 を代理人と定め、上記のとおり申請した療養費及び同付加金の受領方を委任します。	⑳この請求書を提出する時点で退職後の健康保険制度(退職者医療制度)に加入していますか はい⇒18へ いいえ⇒19へ

Extension number permitted 9-000-0000

Date of Illness or Injury (Y/M/D) (time in case of injury)

Name of Medical Institution

Place of Medical Institution

Nature of examination or treatment

Treatment cost

Reason payment of healthcare benefits could not be received

Name of financial institution

Branch no.

Account number

Name of account holder

Name of account holder

Name of account holder

Name of account holder

Name of account holder

Name of account holder

Name of account holder

Name of account holder

Name of account holder

Name of account holder

Name of account holder

Name of account holder

Name of account holder

I hereby authorize (Business entity) to serve as an agent on my behalf and to receive the above medical care charges (costs) and benefits for which application was made above.

Approval seal (mechanical seals are not acceptable)
Individuals with other than Japanese nationalities may sign in lieu of affixing a seal

Date on which letter of attorney was completed (Y/M/D)

〔注意事項〕
1. 治療用装具代の申請をする場合
2ページ目の記入は必要ありません。但し、以下の『医療担当者による装着証明書』及び『領収書』
2. 自費診療代の申請をする場合
以下の書類を添付して下さい。
『診療報酬明細書』(写し可) ⇒2ページ目に直接
『領収証』(原本)
※次に示すいずれかに該当した場合は、あらかじめ本人の同意を得ないで、当該利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことがあります。
1. 法令に基づく場合
2. 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
3. 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
4. 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき
※個人情報の照会、修正等を希望される場合は、下記担当窓口までご連絡いただければ、合理的な範囲ですみやかに対応させていただきます。
〒141-0001 東京都品川区北品川6-7-35 ソニー健康保険組合 業務室 : 03-5795-6111 FAX:0 3-5795-6107
受付時間/9:00~17:30 (土曜、日曜、祝祭日、年末年始を除く)

〈Example〉 When a treatment aid has been prepared ~page 2~

《記入例》治療用装具を作成した場合 2ページ目

診療報酬明細書												
患者名				診療期間		年 月 日から		年 月 日まで		実日数		
傷病名										日間		
初診	時間外・休日・深夜	回	円	注	皮下筋肉	回	円					
指導			円		静脈内	回						
再診	時間内	回	円		その他	回						
在宅	休日	回		処置		回	円					
	深夜	回			薬剤	回						
	往診	回	円	手術		回	円					
	夜間	回			薬剤	回						
	深夜・緊急	回										
在宅患者訪問診療	回											
	その他	回										
	薬剤	回										
内服	薬剤			検査		回	円					
	調剤	回			薬剤	回						
屯服	薬剤											
<p>Required documents: receipt (original) and doctor's opinion * If the receipt does not indicate the details of the subject equipment, submit such details as well. This page need not be submitted.</p>												
入院	病診衣	入	×	日間	食事	基準	円×	日間				
		入院料	×	日間			円×	日間				
		医学管理	×	日間			円×	日間				
			×	日間			円×	日間				
			×	日間		合計	食事療養	請求額	負担額			
			×	日間			療養の(1点)	円	円			
特定入院料・その他					給付			円				
上記のとおり診療(領収)いたしました。						平成 年 月 日						
医療機関の名称・所在地												
医師の氏名						印						
電話番号 ()												
<p>[医療機関の方へ]</p> <p>1. 薬剤名・検査名等は必ず記入して下さい。</p> <p>2. 1点10円以外で算定された場合はその旨を記入して下さい。</p>												

Medical Cost Payment Request

〈Example〉 If you used a health insurance card from your previous health insurance policy ~page 1~

《記入例》前健保の保険証を使用した場合 1ページ目

支給額	百万	拾万	万	千	百	十	円	常務理事	事務長	係	係	
	内	法定	Need not be filled out									
	付加											
議	食事											
書	期	平成	年	月	日から	資	得	昭	和	・	平	
	間	平成	年	月	日まで	格	喪				平	
計	算	式	円 × 90% ・ 80% ・									

Approval seal (mechanical seals are not acceptable) If the insured provides his or her signature above, his or her seal need not be affixed.

Health insurance card symbol/number

Address of the insured

Daytime telephone number
 Home Office Cell phone

Name of company where the insured individual is employed

These sections to be completed by the insured

Period of examination or treatment (Y/M/D to Y/M/D) and number of days

Period of time if hospitalized (Y/M/D to Y/M/D)

Information on the individual undergoing examination or treatment if he or she is a dependent

When submitting this form, is the insured individual retired, or is it clear that he or she will retire within one month?

Upon submission of this form, the insured individual shall be covered by the health insurance system for retirees

Requested bank account for receipt of payments Enter either a bank or a post office account number

An account in the name of the insured

Name and Seal of the insured

療養費支給申請書

①被保険者証の記号・番号 999 999999	②被保険者の氏名・押印 健保 太郎
③被保険者の住所 〒999-9999 〇〇県△△市××99-99	④日中連絡の取れる電話番号 99-9999-9999
⑤被保険者が勤務している会社名 〇〇××株式会社	⑦発病又は負傷の年月日 平成17年3月6日
⑥傷病名 気管炎	⑧発病又は負傷の原因 不詳
⑨診療を受けた医療機関の名称 ××医院	⑩診療の内容 診察、投薬
⑪診療の期間 平成17年3月6日から 平成 年 月 日まで 1日間	⑫診療に要した費用の額 4,000 円
⑬上の⑩に書いた期間中で入院した期間 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで	⑭療養の給付を受けられなかった理由 〇〇健保の保険証を資格喪失後に使った為
⑮被扶養者に関する申請のときはその者の (a)氏名 健保 花子 (b)生年月日 昭・平 52年 11月 7日 (c)被保険者との続柄 妻	⑯この請求書を提出する時点で被保険者が退職していることが明らかですか はい⇒⑰へ いいえ⇒⑱へ
⑰この請求書を提出する時点で退職後の健康保険制度(退職者医療制度)に加入していますか はい⇒⑱へ いいえ⇒⑲へ	⑲振込希望口座 銀行 〇〇××株式会社 郵便局 〇〇××株式会社
⑳委任状 私は〇〇××株式会社を代理人と定め、上記のとおり申請した療養費及び同付加金の受領方を委任します。	㉑この請求書を提出する時点で退職後の健康保険制度(退職者医療制度)に加入していますか はい⇒⑱へ いいえ⇒⑲へ

Extension number permitted 9-000-0000

Date of Illness or Injury (Y/M/D) (time in case of injury)

Reason payment of healthcare benefits could not be received

Account type: ordinary account/current account

Yes⇒Go to 17
No⇒Go to 19

Address of the insured
被保険者住所 〇〇県△△市××99-99
被保険者氏名 健保 太郎

Approval seal (mechanical seals are not acceptable) Individuals with other than Japanese nationalities may sign in lieu of affixing a seal

Date on which letter of attorney was completed (Y/M/D)

I hereby authorize (Business entity) to serve as an agent on my behalf and to receive the above medical care charges (costs) and benefits for which application was made above.

(個人)

※次に示すいずれかに該当した場合は、あらかじめ本人の同意を得ないで、当該利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことがあります。

- 法令に基づく場合
- 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
- 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
- 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき

※個人情報の照会、修正等を希望される場合は、下記担当窓口までご連絡いただければ、合理的な範囲ですみやかに対応させていただきます。
 〒141-0001 東京都品川区北品川6-7-35 ソニー健康保険組合 業務室 : 03-5795-6111 FAX: 0 3-5795-6107
 受付時間/9:00~17:30 (土曜、日曜、祝祭日、年末年始を除く)

〈Example〉 If you used a health insurance card from your previous health insurance policy ~page 2~

《記入例》前健保の保険証を使用してしまった場合 2ページ目

診療報酬明細書 [添付可]											
患者名					診療期間	年	月	日から			
傷病名						年	月	日まで	実日数	日間	
初診	時間外・休日・深夜	回	円	注	皮下筋肉	回	円				
指導			円		静脈内	回					
再診	時間内	回	円		その他	回					
在宅	時間外	回		処							
	休日	回			置	回	円				
	深夜	回			薬剤	回					
	往診	回	円		手						
夜間	回		術	回		円					
深夜・緊急	回		薬剤	回							
在宅患者訪問診療	回										
在宅	その他	回									
	薬剤	回									
在宅	内服	薬剤	回	円	検						
	調剤					回		査	回	円	
在宅	屯服	薬剤	回	円							
	調剤				回						
入院	院料	×	日間	食事	基準	円×	日間				
	医学管理	×	日間		食事	請求額	円×	日間			
	療養	×	日間		療養	日	円	負担額	円		
	療養	×	日間		療養	の(1点	円で計算)				
	療養	×	日間		給付						
	特定入院料・その他										
上記のとおり診療(領収)いたしました。平成 年 月 日											
医療機関の名称・所在地											
医師の氏名											
電話番号 ()											
印											
〔医療機関の方へ〕											
1. 薬剤名・検査名等は必ず記入して下さい。											
2. 1点10円以外で算定された場合はその旨を記入して下さい。											