

受診医療機関明細

被保険者番号

氏名

No.	療養を受けた保険医療機関等の名称	療養を受けた期間	入院・外来	領収証の枚数	自己負担額	※記入不要 高額療養費支給金額	※記入不要 還付額
1		平成・令和 年 月	入院・外来	枚			
2		平成・令和 年 月	入院・外来	枚			
3		平成・令和 年 月	入院・外来	枚			
4		平成・令和 年 月	入院・外来	枚			
5		平成・令和 年 月	入院・外来	枚			
6		平成・令和 年 月	入院・外来	枚			
7		平成・令和 年 月	入院・外来	枚			
8		平成・令和 年 月	入院・外来	枚			
9		平成・令和 年 月	入院・外来	枚			
10		平成・令和 年 月	入院・外来	枚			
合計				枚	円		

摘要欄

確認： 月 日 氏名

※注1 保険医療機関等へ支払った自己負担額は申請額と支給額に誤差が生じる場合があります。

※注2 すでに高額療養費が支給されている場合は、高額療養費の額を考慮して還付されます。

受診医療機関明細

被保険者番号 01234567

氏名 広域太郎

No.	療養を受けた保険医療機関等の名称	療養を受けた期間	入院・外来	領収証の枚数	自己負担額 ※注2	※記入不要 高額療養費支 給金額	※記入不要 還付額
1	〇〇病院	平成 令和30年 7月	入院・外来	0枚	¥14,000	記入 不要	記入 不要
2	●●医院	平成 令和30年 7月	入院・外来	0枚	¥2,300		
3	△△診療所	平成 令和30年 8月	入院・外来	4枚	¥3,150		
4	▲▲薬局	平成 令和元年 5月	入院・外来	4枚	¥1,480		
5	医療機関等の名称 を記入してください。	平成・令和 年 月	入院・外来	枚			
6		平成・令和 年 月	入院・外来	枚			
7		平成・令和 年 月	入院・外来	枚			
8		平成・令和 年 月	入院・外来	枚			
9		平成・令和 年 月	入院・外来	枚			
10		平成・令和 年 月	入院・外来	枚			
合計				8枚	20,930円		

摘要欄

領収書がない場合(再発行が困難な場合)などで、医療機関に電話問い合わせ等で確認した場合にその経緯・結果等を記載する。また、問い合わせ・確認した担当者の氏名と印鑑を押印する。

例1) No.1の7月 〇〇病院分、領収書再発行不可能のため電話にて医療機関に自己負担額の支払を確認。

例2) No.2の7月 ●●医院分について医療機関浸水のため領収書発行および支払確認できず、本人申告による支払金額を記載。

確認: 〇月〇〇日 氏名 〇〇 〇〇 印

確認: 月 日 氏名

※注1 病院に支払った自己負担額は申請額と支給額に誤差が生じる場合があります。

※注2 すでに高額療養費が支給されている場合は、高額療養費の額を考慮して還付されます。