

受診医療機関明細

被保険者番号 _____
氏 名 _____

重度心身障害者医療助成の有無	有 ・ 無
----------------	-------

療養を受けた 保険医療機関等の名称	診療年月 (月ごとに記入してください)	入院 又は 外来 の別	領収証 の枚数	支払った 一部負担金の 額	※記入不要 高額療養費 支給金額	※記入不要 還付額
	令和 年 月	入院 外来	枚	円		
	令和 年 月	入院 外来	枚	円		
	令和 年 月	入院 外来	枚	円		
	令和 年 月	入院 外来	枚	円		
	令和 年 月	入院 外来	枚	円		
	令和 年 月	入院 外来	枚	円		
	令和 年 月	入院 外来	枚	円		
	令和 年 月	入院 外来	枚	円		
	令和 年 月	入院 外来	枚	円		
	令和 年 月	入院 外来	枚	円		
	令和 年 月	入院 外来	枚	円		
合 計			枚	円		

※ 保険医療機関で支払った額のうち、還付の対象となるのは医療費に対する一部負担金のみです。
※ 病院に支払った自己負担額は1円未満の四捨五入によって誤差が生じる場合があります。
※ すでに高額療養費が支給されている場合は、高額療養費を控除した額が還付されます。

記入例

受診医療機関明細

被保険者番号
氏 名

01234567
広 域 太 郎

重度心身障害者医療助成の有無	有・ <input checked="" type="radio"/> 無
----------------	---------------------------------------

療養を受けた 保険医療機関等の名称	診療年月 (月ごとに記入してください)	入院 又は 外来 の別	領収証 の枚数	支払った 一部負担金の 額	※記入不要 高額療養費 支給金額	※記入不要 還付額
〇〇〇〇病院	令和 7 年 12 月	<input checked="" type="radio"/> 入院 <input type="radio"/> 外来	3枚	3500円		
	令和 年 月	<input type="radio"/> 入院 <input type="radio"/> 外来	枚	円		
	令和 年 月	<input type="radio"/> 入院 <input type="radio"/> 外来	枚	円		
	令和 年 月	<input type="radio"/> 入院 <input type="radio"/> 外来	枚	円		
	令和 年 月	<input type="radio"/> 入院 <input type="radio"/> 外来	枚	円		
	令和 年 月	<input type="radio"/> 入院 <input type="radio"/> 外来	枚	円		
	令和 年 月	<input type="radio"/> 入院 <input type="radio"/> 外来	枚	円		
	令和 年 月	<input type="radio"/> 入院 <input type="radio"/> 外来	枚	円		
	令和 年 月	<input type="radio"/> 入院 <input type="radio"/> 外来	枚	円		
	令和 年 月	<input type="radio"/> 入院 <input type="radio"/> 外来	枚	円		
	令和 年 月	<input type="radio"/> 入院 <input type="radio"/> 外来	枚	円		
合 計			3 枚	3500円		

※ 保険医療機関で支払った額のうち、還付の対象となるのは医療費に対する一部負担金のみです。
※ 病院に支払った自己負担額は1円未満の四捨五入によって誤差が生じる場合があります。
※ すでに高額療養費が支給されている場合は、高額療養費を控除した額が還付されます。