別　紙

受 診 医 療 機 関 明 細

被保険者番号　**12345678**　氏名 **広域　太郎**

療養を受けた保険医療機関等の名称及び所在地	療養を受けた期間 **（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	療養に対し支払った一部負担金の額 ※注２	※記入不要 高額療養費支給金額	※記入不要 還付額
記入例　**〇〇〇病院** 〇〇市〇〇△△番地	令和**元**年**10**月**20**日から 令和**元**年**10**月**31**日まで	入院 外来	■枚	〇〇〇円		
千葉稲毛天台病院 **千葉市稲毛区天台1031番地**	令和**元**年**10**月**25**日から 令和**元**年**10**月**31**日まで	入院 外来	**1**枚	**56,700**円	月を超えて入院していた場合	
〃 〃	令和**元**年**11**月**1**日から 令和**元**年**11**月**3**日まで	入院 外来	**1**枚	**23,000**円		
〃 〃	令和**元**年**12**月**15**日から 令和**元**年**12**月**15**日まで	入院 外来	**1**枚	**3,000**円	同月に複数の医療機関を受診していた場合	
千葉稲毛天台医療病院 **千葉市稲毛区天台10311番地**	令和**元**年**12**月**16**日から 令和**元**年**12**月**25**日まで	入院 外来	**3**枚	**4,500**円		
〃 〃	令和**2**年**1**月**6**日から 令和**2**年**1**月**10**日まで	入院 外来	**2**枚	**1,500**円	外来でひと月に２回受診した場合	
千葉稲毛天台総合病院 **千葉市稲毛区天台1番地**	令和**2**年**1**月**5**日から 令和**2**年**1**月**5**日まで	入院 外来	**1**枚	**1,000**円 **領収書紛失**	領収書を紛失した場合	
	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	入院 外来	枚	円		
	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	入院 外来	枚	円		
	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	入院 外来	枚	円		
	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	入院 外来	枚	円		
	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	入院 外来	枚	円		
	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	入院 外来	枚	円		
	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	入院 外来	枚	円		
	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	入院 外来	枚	円		
	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	入院 外来	枚	円		
合　計			枚	円		

※注1　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。
※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。
※注3　**領収書は封筒に入れて添付してください。**