様式第６号（その１）（第７条関係）

|  |
| --- |
| 領収書（特別医療費） |
| 療養者名 | 診療月 | 　　　年　　　月分 |
| 医療（療養）負担額　　　　　　　　円ア | 保険医療対象総点数 | 　　点 | 内訳外来入院 | 　　点 |
| 通院回数　　　　　　　　　　　回 | 入院日数　　　　　　　　　　　日 |
| 薬剤一部負担額 | 　　　　　　　　　　　円イ |
|  | 　 |
| 領収金額計 | 　　　　金　　　　　　円ア＋イ |
| これは、保険医療で認められた医療費の本人一部負担金である。　　　　　　年　　月　　日医療機関の所在地及び名称　　　　　　　　開設者氏名　　　　　　　　㊞　　　　　　　　様 |

注　①　この領収書は、特別医療費申請者の添付書類です。

②　保険医療で認められていないベッドの差額料金等は含まれませんので御留意ください。

③　収入印紙は不要です。