※この書類は医療機関に記入してもらってください。医療機関の記入が済みましたらこの書類と、医療機関発行の領収書を療養費支給申請書（様式第18号）に添付して申請してください。

様式第22号（第25条関係）

領収書を紛失した場合は、医療機関にこの部分を証明してもらってください。

国民健康保険療養費領収書（内容明細書）（調剤）

年　月分

一　金　　円也　　年　月　日

上記のとおり領収しました。

内容以下のとおり。　　領収者氏名　　㊞

被保険者氏名	※　記号　　番号 様	男・女	年　月　日生

業務上の事由	1　職務上　2　下船後三月以内　3　通勤災害　4　交通事故

保険医療機関の所在地及び名称		保険医氏名	1.　6. 2.　7. 3.　8. 4.　9. 5.　10.	受付回数	回

医師番号	処方月日	調剤月日	処方：医薬品名・規格・用量・剤型・用法	処方：単位薬剤料	調剤数量	調剤報酬点数：調剤料	調剤報酬点数：薬剤料	調剤報酬点数：加算料
	・	・		点		点	点	点
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						

摘要	

合計	点	薬剤一部負担金相当額	円	調剤基本料	時間外等加算	指導料	決定	※
				点	点	点		円

医療機関所在地及び医療担当者氏名　㊞

備考　医療担当者名が、領収者氏名と同一人の場合は、領収者氏名の記入、押印は要しません。
※印の記入は要しません。