

※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19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) (入院)

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 ④	
被保険者氏名	※ 記号	番号	男・女
様			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
傷病名	(1) (2) (3)	診療開始日	(1) 年 月 日 (2) 年 月 日 (3) 年 月 日
			転 治 死 中 診 帰 ゆ 亡 止 療 美 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日
⑪ 初診	時間外・休日・深夜	回	点
⑬ 指導			
⑭ 在宅			
⑳ 投薬	㉑ 内服	単位	
	㉒ 屯服	単位	
	㉓ 外用	単位	
	㉔ 調剤	日	
	㉕ 麻毒	日	
㉖ 調基			
	㉗ 調基		
㉘ 注射	㉙ 皮下筋肉内	回	
	㉚ 静脈内	回	
	㉛ その他	回	
㉜ 処置	薬剤	回	
㉝ 手術	薬剤	回	
㉞ 検査	薬剤	回	
㉟ 画像診断	薬剤	回	
㊱ その他	薬剤		
㊲ 入院	入院年月日	年 月 日	
	病 診	㊳ 入院基本料・加算	点
		× 日間	
		× 日間	
	× 日間		
	× 日間		
		㊴ 特定入院料・その他	
㊵ 食事	基準	× 日間	
		× 日間	
		× 日間	
※ 高額療養費		計	円
		合	円
		計	円
		療養の給付	点
		食事療養	点
		請求	点
		決定	点
		備考	

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。

④