

添付書類に、下記の赤丸の記入及び押印が
されているか、確認の上ご提出をお願いします。

見本

平成21年10月10日

様

金 462,000 円也 <妊婦合計負担額>
(代理受取額42万円につき、現金精算は42,000円)

・ 出産年月日：平成〇〇年△△月□□日 (出産児数：●人)

自費分	保険分
入院料 (10月1日~10月10日) 75,000 円	初・再診料 (略)
室料差額 (月 日 ~ 月 日) 0 円	入院料等 (略)
分娩介助料 - 円	医学管理等 (略)
分娩料 260,000 円	検査 (略)
新生児管理保育料 60,000 円	画像診断 (略)
検査・薬剤料 10,000 円	投薬 (略)
処置・手当料 10,000 円	注射 (略)
産科医療補償制度 30,000 円	処置 (略)
その他 12,000 円	手術 (略)
合計額 457,000 円	麻酔 (略)
	診断群分類 (DPC) (略)
	食事療養 (略)
	合計額 (略)
	負担額 <一部負担金等> 5,000 円

※上記負担額は、専用請求書上「その他」の費用として計上しています。

上記のとおり領収いたしました。なお、専用請求書の内容と相違ありません。

医療機関等名称

医療機関等所在地

印

産科医療補償
制度加入機関

産科医療補償制度加入機関
分娩・出産費用・一時金等の申請の際に
この領収書の写しが必要となります。

← 加入している場合