

【新退職組合員説明会 実習用資料】

• 外来時領収証	サンプル	両面	1枚
• 入院時領収証	サンプル	両面	1枚
• 調剤薬局領収証	サンプル	片面	1枚
• 医療補助金請求書			1枚
		計	4枚

※説明会時にのみ使用しますので、
参加されない場合は、破棄して構いません。

一般財団法人
長崎県教職員互助組合

(サンプル)

請求書兼領収証

【外来①】

患者No 9999999

自 平成30年7月15日 至 平成 年 月 日

保険種 組合本人

氏名 互助 太郎 様

外来

発行日 平成30年7月15日

保険	初・再診料	入院料等	医学管理等	在宅医療	検査	病理	画像診断	投薬
	73点	点	点	点	1,692点	点	点	点
	注射	リハビリテーション	精神科専門療法	処置	手術	麻酔	診断郡分類(DPC)	食事療養費
点	点	点	点	点	点	点	点	
保険外負担	消耗品							
	500円	円	円	円	円	円	円	円
								消費税
円	円	円	円	円	円	円	円	
合計	保険点数合計	保険分合計金額	負担割合	①負担金額	②食事負担	③保険外金額		
	1,765点	17,650円	3割	5,300円	円	500円		

請求金額	未収金
5,800円	円

互助歯科

長崎市江戸町2-13
095-824-4721

領収印
領収 30.7.15

※領収印なきものは無効となります。

※この領収証は確定申告に使用できますので、大切に保管してください。

(サンプル)

請求書兼領収証

【外来②】

患者No 9999999

自 平成30年7月24日 至 平成 年 月 日

保険種 組合本人

氏名 互助 太郎 様

外来

発行日 平成30年7月24日

保険	初・再診料	入院料等	医学管理等	在宅医療	検査	病理	画像診断	投薬
	532点	点	10点	点	327点	点	点	164点
	注射	リハビリテーション	精神科専門療法	処置	手術	麻酔	診断郡分類(DPC)	食事療養費
点	点	点	点	点	点	点	点	
保険外負担								
	円	円	円	円	円	円	円	円
								消費税
円	円	円	円	円	円	円	円	
合計	保険点数合計	保険分合計金額	負担割合	①負担金額	②食事負担	③保険外金額		
	1,033点	10,330円	3割	3,100円	円	円		

請求金額	未収金
3,100円	円

互助歯科

長崎市江戸町2-13
095-824-4721

領収印
領収 30.7.24

※領収印なきものは無効となります。

※この領収証は確定申告に使用できますので、大切に保管してください。

(サンプル)

請求書兼領収証

【外来③】

患者No 9999999

自 平成30年9月11日 至 平成 年 月 日

保険種 組合本人

氏名 互助 太郎 様

外来

発行日 平成30年9月11日

保険	初・再診料	入院料等	医学管理等	在宅医療	検査	病理	画像診断	投薬
	73点	点	点	点	1,329点	点	点	点
	注射	リハビリテーション	精神科専門療法	処置	手術	麻酔	診断郡分類(DPC)	食事療養費
点	点	点	点	点	点	点	点	
保険外負担								
	円	円	円	円	円	円	円	円
								消費税
	円	円	円	円	円	円	円	円
合計	保険点数合計	保険分合計金額	負担割合	①負担金額	②食事負担	③保険外金額		
	1,402点	14,020円	3割	4,210円	円	円		

請求金額	未収金
4,210円	円

野中クリニック
長崎市江戸町2-13
095-824-4721



※領収印なきものは無効となります。
※この領収証は確定申告に使用できますので、大切に保管してください。

(サンプル)

請求書兼領収証

【外来④】

患者No 9999999

自 平成30年9月15日 至 平成 年 月 日

保険種 組合本人

氏名 互助 太郎 様

外来

発行日 平成30年9月15日

保険	初・再診料	入院料等	医学管理等	在宅医療	検査	病理	画像診断	投薬
	532点	点	10点	点	500点	点	点	164点
	注射	リハビリテーション	精神科専門療法	処置	手術	麻酔	診断郡分類(DPC)	食事療養費
点	点	点	点	点	点	点	点	
保険外負担								
	円	円	円	円	円	円	円	円
								消費税
	円	円	円	円	円	円	円	円
合計	保険点数合計	保険分合計金額	負担割合	①負担金額	②食事負担	③保険外金額		
	1,206点	12,060円	3割	3,620円	円	円		

請求金額	未収金
3,620円	円

互助整形外科クリニック
長崎市江戸町2-13
095-824-4721



※領収印なきものは無効となります。
※この領収証は確定申告に使用できますので、大切に保管してください。

(サンプル)

請求書兼領収書

【入院①】

患者番号	氏名
9999	互助 太郎

請求書番号	N1	発行日	平成30年5月1日
診療科	2 F (内科)	病棟・病室	8 111
保険	学校共済		
診療期間	平成30年4月5日～4月30日	負担割合	30%

	初・再診料	医学管理等	在宅医療	投薬	注射	処置	手術	麻酔	検査
保険適用(点)				27			2,944		
保険適用外(点)									
	病理診断	画像診断	リハビリテーション	精神科専門療法	入院料等	合計点数			
保険適用(点)					21,390	24,361			
保険適用外(点)									

保険給付外(円)

病衣	おむつ代								
1,173	63								

領収
30.5.3

	保険適用	一部負担金	保険適用外	食事療養費	生活療養費	保険給付外	消費税
合計	24,361点		0点	26,240円	0点		外税 99円
負担金額		73,080円	0円	14,760円	0円	1,236円	内税 0円

互助内科医院 〒850-8566 長崎市尾上町3-1

請求金額 89,175円

※領収印なきものは無効となります。
※この領収証は確定申告に使用できますので、大切に保管してください。

(サンプル)

請求書兼領収書

【入院②】

患者番号	氏名
9999	互助 太郎

請求書番号	N1	発行日	平成30年5月1日
診療科	2 F (内科)	病棟・病室	8 111
保険	学校共済		
診療期間	平成30年5月1日～5月30日	負担割合	30%

	初・再診料	医学管理等	在宅医療	投薬	注射	処置	手術	麻酔	検査
保険適用(点)				27			2,944		
保険適用外(点)									
	病理診断	画像診断	リハビリテーション	精神科専門療法	入院料等	合計点数			
保険適用(点)					23629	26,600			
保険適用外(点)									

保険給付外(円)

病衣	おむつ代								
3,000	250								

領収
30.6.3

	保険適用	一部負担金	保険適用外	食事療養費	生活療養費	保険給付外	消費税
合計	26,600点		0点	30,000円	0点		外税 260円
負担金額		79,800円	0円	15,460円	0円	3,250円	内税 0円

互助内科医院 〒850-8566 長崎市尾上町3-1

請求金額 98,770円

※領収印なきものは無効となります。
※この領収証は確定申告に使用できますので、大切に保管してください。

(サンプル)

請求書兼領収書

【入院③】

患者番号	氏名
9999	互助 太郎

請求書番号	N1	発行日	平成30年5月1日
診療科	2 F (外科)	病棟・病室	8 111
保険	学校共済		
診療期間	平成30年6月3日～6月20日	負担割合	30%

	初・再診料	医学管理等	在宅医療	投薬	注射	処置	手術	麻酔	検査
保険適用(点)				45			1,234		
保険適用外(点)									
	病理診断	画像診断	リハビリテーション	精神科専門療法	入院料等	合計点数			
保険適用(点)					12,345	13,624			
保険適用外(点)									

保険給付外(円)

病衣	おむつ代								
500									

領収
30.6.25

	保険適用	一部負担金	保険適用外	食事療養費	生活療養費	保険給付外	消費税
合計	13,624点		0点	10,000円	0点		外税 40円
負担金額		40,870円	0円	5,500円	0円	500円	内税 0円

互助内科医院 〒850-8566 長崎市尾上町3-1

請求金額 46,910円

※領収印なきものは無効となります。

※この領収証は確定申告に使用できますので、大切に保管してください。

(サンプル)

診療費領収書

【入院④】

患者番号	氏名
99999999	互助 太郎 様

請求期間
平成30年6月21日～平成30年6月30日

受診科	入・外	病棟(病室)	領収書No.	発行日	費用区分	負担割合	本・家
外科	入院(退院)	東5(512)	123456789	平成30年7月4日	学校共済	30%	

保 険	初・再診料	医学管理料等	投薬料	注射料	処置料	手術料	麻酔料	検査料
	点	260点	118点	402点	109点	点	点	3,000点
	処方箋料	画像診断料	理学療法料	病理診断	在宅医療	入院料等	精神科専門療法	放射線治療
	点	1,380点	点	点	点	17,897点	点	点
公費分点数	食事療養	生活療養					保険合計	
点	17,184円	円					23,166点	

保 険 外 負 担	文書料	室料差額	予防接種代
	円	円	円
	付添給食	病衣代	おむつ代
	円	円	90円
	洗濯代	その他	検診料
	円	円	円
検診オプション料			
円			

外来未収

入院未収

領収
30.7.4

	保険	保険(食事・生活)	保険外負担
合計	231,660円	17,184円	90円
負担額	69,500円	8,640円	90円

請求額合計 78,230円

今回領収額 78,230円

※領収印なきものは無効となります。

※この領収証は確定申告に使用できますので、大切に保管してください。

互助総合病院 〒850-8566 長崎市尾上町3-2

(サンプル)

領収証

【薬局①】

互助 太郎 様
学校共済

平成30年9月11日 発行

平成30年9月11日 調剤済

処方箋発行医療機関名

野中クリニック

調剤技術料	薬学管理料	薬剤料	特定保険医療材料料	保険合計点
95点	0点	995点	0点	1,090点
患者負担割	定率負担金	(請求調整額)	評価療養・選定療養	その他
30%	3,270円	0円	0円	0円
前回未収金	請求金額	今回未収金	領収金額	
0円	3,270円	0円	3,270円	

互助調剤薬局

長崎市尾上町2-1

領収

30.9.11

※領収印なきものは無効となります。

※この領収証は確定申告に使用できますので、大切に保管してください。

(サンプル)

領収証

【薬局②】

互助 太郎 様
学校共済

平成30年9月15日 発行

平成30年9月15日 調剤済

処方箋発行医療機関名

互助整形外科クリニック

調剤技術料	薬学管理料	薬剤料	特定保険医療材料料	保険合計点
120点	0点	1,300点	0点	1,420点
患者負担割	定率負担金	(請求調整額)	評価療養・選定療養	その他
30%	4,260円	0円	0円	0円
前回未収金	請求金額	今回未収金	領収金額	
0円	4,260円	0円	4,260円	

互助調剤薬局

長崎市尾上町2-1

領収

30.9.15

※領収印なきものは無効となります。

※この領収証は確定申告に使用できますので、大切に保管してください。

医療補助金請求書

※ 退職互助部ハンドブックをご参照の上、にご記入ください。

領収証添付欄

必要事項を記入後、記入した分の領収証を重ねて、クリップで留めるか、ホチキスで1箇所留めしてください。

※白紙（A4用紙）に糊付けして添付でも可

一般財団法人 長崎県教職員互助組合理事長様

下記のとおり請求します。

退職組合員番号	区分	療養者（請求者）氏名	生年月日
1 2 3 4 5	1 組合員 2 加入配偶者	電話	1 明治 2 大正 年 月 日 3 昭和
身体障害者手帳所持者	級	居住地	市・区・町

☆以下は医療機関に記入を依頼するか、領収証をもとにご自身で記入ください。

医療機関へのお願い

大変お手数ですが、上記療養者について、「病院（調剤薬局）領収欄」（太線枠内）を下記事項に注意して記入をお願いいたします。

- 1 上記「療養者氏名」欄が未記入の場合は、療養者に記入を依頼してください。
- 2 上記療養者の保険診療による一部負担金をご記入ください。（食事療養等の負担額は除く）
- 3 レセプトごと（医療保険別、診療月別、入院、外来別）に、領収金額が1,670円以上の分を、医療費総点数と併せてご記入ください。（審査の関係上、医療費総点数が必要）
- 4 整骨院では、医療費総点数欄に医療費総額(円)としてご記入ください。
- 5 「病院・調剤薬局名」欄は記入不要です。

病院（調剤薬局）領収欄

該当に○印	12 国民健康保険（70歳未満）	17 その他（ <input type="checkbox"/> ）	16 区分
	13 公立学校共済組合（任意継続）	18 前期高齢者（70歳以上）	1 被保険者 世帯主(本人)
	15 公立学校共済組合（現職・フルタイム再任）	19 後期高齢者（75歳以上）	2 被扶養者 家族
	16 全国健康保険協会（協会けんぽ）		

各行の医療機関名が分かるように簡単な名称で記入してください。	病院・調剤薬局名 (医療機関毎)	診療年月 (月毎)	該当に ○印	領収金額	医療費 総点数(額)	高額・福祉 受給額	給付基礎額	所得区分
	18 元号不要	21 (和暦) 年 月分	22	23 円	24 点・円	25 円	26 円	17
			1入院 2外来					1 現役並 ②一般
			1入院 2外来					3 低Ⅱ 4 低Ⅰ
			1入院 2外来					※請求時期の分散化（1～4月以外に請求） にご協力ください。
			1入院 2外来					
			1入院 2外来					
			1入院 2外来					
			1入院 2外来					
			1入院 2外来					
			1入院 2外来					

年 月 日

※ここは医療機関が記入する欄です。

【注意事項】

2019-4

所在地

医療機関名

(電話番号) () -



- 1 1 医療機関(入院外来別)で1か月合計が 1,670円以上 になった月を記入してください。
- 2 医療機関に記入してもらった後にご自身で、追記しないでください。
- 3 同じ受診月分の追加請求はできませんので、ひと月分は必ずまとめて請求してください。