

医療機関の方へ

杉並区の医療費助成制度は、保険証等を使って病院などで診療・薬剤の支給などを受けたときに支払う、保険診療に係る自己負担分を助成しています。ただし、保険診療外の医療費は助成対象となりません。

この助成決定額に際して、お支払いした領収書原本の提出を受けて、助成対象者・助成範囲（保険診療点数）などの確認審査をしています。

そこで医療機関発行の領収書に所定の項目（*1）の記載がない場合（レシート等）には、本領収書に書きかえをお願いしております。ご記入の際には入院・外来、月毎に分けていただく必要があります。

ご協力の程よろしくお願いいたします。

（*1）所定の項目とは

- ①受診者氏名 ②保険診療点数 ③入院・外来の別
- ④診療年月日 ⑤医療費の患者負担割合
- ⑥健康保険適用の患者負担額 ⑦領収金額 ⑧領収年月日
- ⑨医療機関名称・所在地・電話番号・領収印

※ 領収書に所定の項目（*1）の記載のある

場合には、書きかえる必要はありません。

医療費領収書

（領収書は、入院・外来、月毎に発行してください）

1内科	2歯科	3薬剤	4補装具	5その他
-----	-----	-----	------	------

【 年 月診療分】

患者氏名 _____ 様

領収金額 _____ 円

ただし、

健康保険適用の 患者負担額	_____ 円
*薬の容器代、健康診断等の自費分を除く	
保険診療の点数	_____ 点
医療費の 自己負担割合	<input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/> 30% <input type="checkbox"/> % （* <input type="checkbox"/> 欄をチェックしてください）

<input type="checkbox"/> 外来	診療期間	_____ 年 _____ 月 _____ 日から
<input type="checkbox"/> 入院		_____ 年 _____ 月 _____ 日まで
		_____ 日分
（* <input type="checkbox"/> 欄をチェックしてください）		

上記のとおり領収いたしました。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関

所在地
電話番号
名称
代表者名

印

（なお、上記の内容がわかるものであれば、様式は問いません）

〒166-8570 杉並区阿佐谷南1-15-1
子ども家庭部管理課子ども医療・手当係 電話03(3312)2111(代表)