

見本①

領収・明細書

※医療機関等によって様式(名称)が異なる場合があります。

患者ID		発行日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
氏名	ケンホ° ハナコ 健保 花子	医療機関名	医療法人 〇〇会
生年月日	平成 〇〇年 〇月 〇〇 日	医療機関所在地	東京都〇〇区〇〇〇1-1-1
出産年月日	令和 〇〇年 〇月 〇〇日	電話番号	03 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇
出産児数	1 人		
入院日数	7 日		
直接支払制度	対 象		

(※)直接支払制度を用いていない。

出産証明の代わりになりますので、必ず表示が必要です。
※表示が誤っていた場合は医療機関等に訂正を依頼してください。
(訂正後の領収明細書の添付が必要です)

明細内訳

入院料	室料差額	分娩介助料	分娩料	新生児管理保育料	産科医療補償制度
133,010	0	214,300	0	60,000	12,000
検査・薬剤料	処置・手当料	その他	一部負担金		
3,320	0	9,190	17,180		

合計内訳

妊婦合計負担額	
449,000	

産科医療補償制度対象分娩の場合には、その旨が印字やスタンプにより明記されているかご確認ください。



メッセージ欄