

③ 病院におむつを卸している業者に支払っている場合 ……提出する証明書 2種類

病院の領収書等入院期間がわかるもの
(おむつ代の記載がない)

おむつ卸業者の「領収証」

※振込みでお支払いされた場合は、お支払いが確認できる書類が必要です。

発行日 令和〇年8月2日

領収書

患者番号
患者様氏名 府中 太郎 様

東京都 府中市宮西町2-24
医療法人社団 ○○病院
TEL 042-111-1111

請求期間 令和〇年7月1日~令和〇年7月31日

診療科 精神科 部屋番号 0313

対象者氏名

入院期間

初診料	検査料	画像診断料	精神科専門療法	入院料等	リハビリ	麻酔	放射線治療法	病室	室料差額	文書料	郵送料	予防接種料	健診	その他自費
円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
7,000			21,600	469,380					174,960					0

診療費総額 505,840円
一部負担金 44,400円
標準負担額 32,400円
自費請求合計 174,960円
領収金額 251,760円

おむつ代の記載なし

再発行はいたしません。領収印のないものは無効です。領収書は医療費控除申請等に必要です。毎月月初めには保険証の提示をお願いします。

上記の金額を領収いたしました。

領収証 発行日 令和〇年8月2日

株式会社 △△△△
代表取締役 宮西 一郎

対象者氏名 府中 太郎 様

ID番号 0001

請求期間 令和〇年7月1日~令和〇年7月31日

名称	税抜単価	日数/個数	税抜金額
紙おむつ	1,704		1,704
尿パッド	1,728		1,728
紙おむつ	1,704		1,704
紙おむつ	1,704		1,704
尿パッド	1,728		1,728
紙おむつ	1,704		1,704

請求期間

おむつ代

税抜合計 10,272
消費税額 820
領収印 領収日

④ 病院におむつを持ち込んでいる場合 ……提出する証明書 2種類

病院の領収書等入院期間がわかるもの
(おむつ代の記載がない)

売店等の領収書またはレシート

発行日 令和〇年8月2日

領収書

患者番号
患者様氏名 府中 太郎 様

東京都 府中市宮西町2-24
医療法人社団 ○○病院
TEL 042-111-1111

請求期間 令和〇年7月1日~令和〇年7月31日

診療科 精神科 部屋番号 0313

対象者氏名

入院期間

初診料	検査料	画像診断料	精神科専門療法	入院料等	リハビリ	麻酔	放射線治療法	病室	室料差額	文書料	郵送料	予防接種料	健診	その他自費
円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
7,000			21,600	469,380					174,960					0

診療費総額 505,840円
一部負担金 44,400円
標準負担額 32,400円
自費請求合計 174,960円
領収金額 251,760円

おむつ代の記載なし

再発行はいたしません。領収印のないものは無効です。領収書は医療費控除申請等に必要です。毎月月初めには保険証の提示をお願いします。

上記の金額を領収いたしました。

対象者氏名 府中 太郎 様

領収証

領収日 令和〇年7月1日

¥2,941-

領収印

但しおむつ代として
上記正に領収いたしました

おむつ代

○○○病院売店
府中市宮西町2-24
TEL: 042-111-1111

※入院期間外に購入した(お支払いした)分のおむつ代は、対象になりません。
※売店のレシートの場合は領収印がなくても可。

ご不明な点がございましたら、下記までお問合せください。

問合せ先
府中市福祉保健部介護保険課介護サービス係
電話 042-335-4470