



# 子育て支援 医療費還元 事業の流れ

受診日と受診者名が明記されている。

保険対象の医療費がポイント還元の対象

《領収書記載内容の例》

〈外来〉医療費請求書兼領収書  
トマト病院  
沙流郡平取町●●

受診日 平成●●年●●月●●日  
受診者名 平取太郎様  
負担割合30%

《保険内》医療費内訳	《保険外》内訳
診察料 1,000 円	診察料 1,000 円
投薬料 5,950 円	投薬料 0 円
注射料 1,000 円	注射料 1,500 円
処置料 950 円	：
：	患者負担合計(甲) 2,500 円
医療費合計 8,400 円	一部負担金(C) 0 円
負担額(A) 2,520 円	食費負担金(D) 0 円
領収印	今回請求額 5,020 円 (A)+(B)+(C)+(D)

※通知書・身分証明書・印鑑が必要です。

※金券は町内の取扱店で使えます。

**注意**

誰がいつ受診したのか、わからない領収書や「保険内」「保険外」の表示が明記されていない領収書は、ポイントの還元にはなりません。(レシートなど)

**【領収書の必須項目】**

- ①受診年月日②受診者名
- ③保険内医療費の金額
- ④医療機関の領収印

※これらの項目がない領収書は、再発行が必要となりますのでご注意ください。

領収印が押してある

