


外来 領収書		発行日 令和 6年 1月18日	No. 03		
患者番号	病棟	診療科	腫瘍循環器	〒541-8567 大阪市中央区大手前3-1-1	
整理番号	請求期間 令和 6年 1月18日	負担割合	30% 本人	TEL : 06-6945-1111	
氏名	様	現金	登録番号 T6120005010076		

区分	初・再診料	包括請求	入院料等	医学管理等	在宅医療	検査	画像診断	投薬	注射	リハビリテーション	精神科専門療法
保険	288点	点	点	点	点	点	点	点	点	点	点
保険外	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円

区分	処置	手術	麻酔	放射線治療	病理診断	文書料等	歯冠修復及び欠損補綴	歯科矯正	保険診療費計①	保険外診療費計②
保険	300点	点	点	点	点	点	点	点	588点	0点
保険外	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円

区分	差額ベッド料	特別食事メニュー	文書料	セカンドオピニオン	先進医療及び患者申出療費	面談料	施設利用料	電話使用料	領収金額 1,760 円
保険外	円	円	円	円	円	円	円	円	
区分	骨髄運搬料	その他						小計③	請求額合計 1,760 円 円 内税金 円
保険外	円	円	円	円	円	円	円	0円	

③	公費一部負担金	食事療養費	小計④	消費税 10%	円 内税金
	1760円	円	0円	対象金額	円
区分	①保険診療負担額	②保険外診療費	③保険適用外	消費税 8%	円 内税金
計算欄	円	円	円	対象金額	円

備考 ②


○保険診療については、10円未満を四捨五入しています。
 ○本書の再発行は行いませんので暗所（直射日光厳禁）にて大切に保管してください。
 ○領収日のないものは無効です。
 ※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

大阪国際
がんセンター
領 R 6. 1. 18 収
金銭出納員

- ・保険診療費計①（上図の①、②）に金額が印字されていませんでした。
- ・公費一部負担金（上図の③）に誤って金額が印字されていました。

自動精算機、窓口会計で発行された領収書の印字誤り（その1）

【正しい印字例】

外来 領収書		発行日 令和 6年 1月18日	No. 03		
患者番号	病 種	診療科	種瘍循環器	〒541-8567 大阪市中央区大手前3-1-1 大阪国際がんセンター TEL : 06-6945-XXXX	
整理番号	請求期間	令和 6年 1月18日	負担割合	30%	本人
氏 名	様	適用保険	69	現金	登録番号 T6120005010076

区分	初・再診料	包括請求	入院料等	医学管理等	在宅医療	検 査	画像診断	投 薬	注 射	リハビリテーション	精神科専門療法
保険	288点	点	点	点	点	点	点	点	点	点	点
保険外	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円

区分	処 置	手 術	麻 酔	放射線治療	病理診断	文書料等	歯冠修復及び欠損補綴	歯科矯正	保険診療費計①	保険外診療費計②
保険	300点	点	点	点	点	点	点	点	588	
保険外	円	円	円	円	円	円	円	円	1760	0


区分	差額ベッド料	特別食事メニュー	文 書 料	セカンドオピニオン	先進医療及び患者申出療費	面 談 料	施設利用料	電話使用料	領収金額	
保険外	円	円	円	円	円	円	円	円	1,760	
区分	骨髄運搬料	そ の 他						小 計③		
保険外	円	円	円	円	円	円	円	0		

③	公費一部負担金	食事療養費	小 計④	消費税 10%	消費税 8%	請求額合計	1,760 円
	円	円	0円	円	円	円	

区分	①保険診療負担額	②保険外診療費	③保険適用外	④一部負担金
計算欄	1760	円	円	円

備 考 ②

○保険診療については、10円未満を四捨五入しています。
 ○本書の再発行は行いませんので暗所（直射日光厳禁）にて大切に保管してください。
 ○領収日のないものは無効です。
 ※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

領 収 印


- ・保険診療費計①（上図の①、②）に金額が印字されます。
- ・公費一部負担金（上図の③）に金額が印字されません。

外来 領 収 書		発行日 令和 6年 1月18日	No. 03	 地方独立行政法人 大阪府立病院機構 大阪国際がんセンター 〒541-8567 大阪市中央区大手前 TEL: 06-6945-1111	
患者番号	病 棟	診療科	腫瘍循環器		
整理番号 ()	請求期間 令和 6年 1月18日	負担割合	30%	本人	
氏 名	様	現金	登録番号 T6120005010076		

区 分	初・再診料	包括請求	入院料等	医学管理等	在宅医療	検 査	画像診断	投 薬	注 射	リハビリテーション	精神科専門療法
保 険	288 点	点	点	点	点	点	点	点	点	点	点
保険外	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
区 分	処 置	手 術	麻 酔	放射線治療	病理診断	文書料等	歯冠修復及び欠損補綴	歯科矯正	保険診療費計①		保険外診療費計②
保 険	600 点	点	点	点	点	点	点	点	①	888 点	0 点
保険外	円	円	円	円	円	円	円	円	①	2660 円	0 円

区 分	差額ベッド料	特別食事メニュー	文 書 料	セカンドオピニオン	先進医療及び患者負担費	面 談 料	施設利用料	電話使用料	領 収 金 額	
保険外	円	円	円	円	円	円	円	円	2,660 円	
区 分	骨髄運搬料	そ の 他	小 計③							
保険外	円	円	0 円							
区 分	公費一部負担金	食事療養費	小 計④		消費税 10%					
負担額	2660 円	円	2660 円		対象金額 円 内税金 円					
区 分	①保険診療負担額	②保険外診療費	③保険適用外	④一部負担金	消費税 8%					
計算欄	2660 円	円	円	2660 円	対象金額 円 内税金 円					

備 考	②
-----	---

請求額合計 2,660 円




領 収 印

大阪国際がんセンター

領 R 6. 1. 18 収

金銭出納員

・保険診療費計①（上図の①、②）に「公費一部負担金」が誤って印字されていました。

外来 領 収 書		発行日 令和 6年 1月18日	No. 03	 地方独立行政法人 大阪府立病院機構 大阪国際がんセンター 〒541-8567 大阪市中央区大手前5-1-1 TEL: 06-6945-1111							
患者番号	病 棟	診療科	腫瘍循環器								
整理番号 ()	請求期間 令和 6年 1月18日	負担割合	30%	本人	 大阪国際がんセンター 受付 令和6年1月18日						
氏 名	適用保険 69 90	現金	登録番号 T6120005010076								
区分	初・再診料	包括請求	入院料等	医学管理等	在宅医療	検 査	画像診断	投 薬	注 射	リハビリテーション	精神科専門療法
保険	288点	点	点	点	点	点	点	点	点	点	点
保険外	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
区分	処 置	手 術	麻 酔	放射線治療	病理診断	文書料等	歯冠修復及び欠損補綴	歯科矯正	保険診療費計①		保険外診療費計②
保険	600点	点	点	点	点	点	点	点	888点		0点
保険外	円	円	円	円	円	円	円	円	円		円
区分	差額ベッド料	特別食事メニュー	文 書 料	セカンドオピニオン	先進医療及び患者申出費	面 談 料	施設利用料	電話使用料	領 収 金 額 2,660 円		
保険外	円	円	円	円	円	円	円	円			
区分	骨髄運搬料	そ の 他	小 計③		消費税 10%		請求額合計		2,660 円		
保険外	円	円	0円		円		円		円		
区分	公費一部負担金	食事療養費	小 計④		消費税 8%		円		円		
負担額	2660円	円	2660円		円		円		円		
区分	①保険診療負担額	②保険外診療費	③保険適用外	④一部負担金	○保険診療については、10円未満を四捨五入しています。 ○本書の再発行は行いませんので暗所（直射日光厳禁）にて大切に保管してください。 ○領収日のないものは無効です。 ※厚生労働省が定める診療報酬や業価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。						
計算欄	0円	円	円	2660円	領 収 印 						
備 考	②										

・保険診療費計①（上図の①、②）に金額は印字されません。

請求書兼領収書

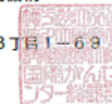
発行番号： [] 発行日：2024/01/18

患者番号 [] 様
 整理番号 []
 適用保険 []

病棟病室 []
 請求期間 2024/01/18

診療科 循内
 ~ 2024/01/18
 負担割合 30%

地方独立行政法人 大阪府立病院機構
 大阪国際がんセンター
 〒540-0008 大阪市中央区大手前3丁目1-6 9
 TEL: 06-6945-1181



区分	初・再診料	包括請求	入院料等	医学管理等	在宅医療	検査	画像診断	投薬	注射	リハビリテーション	精神科専門療法
保険	288点	点	点	点	点	点	点	点	点	点	点
保険外	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
区分	処置	手術	麻酔	放射線治療	病理診断	文書料等	歯冠修復及び欠損補綴	歯科矯正			
保険	1,000点	点	点	点	点	点	点	点			
保険外	円	円	円	円	円	円	円	円			
区分										保険診療費計①	保険外診療費計②
保険										1,288点	
保険外									①	3,860円	円
区分	文書料										
保険外	11,000円										
区分											保険適用外計③
保険外											11,000円
区分	公費一部負担金	食事一部負担金									その他負担金④
負担額	3,860円	円									3,860円

②	保険診療費計①	保険外診療費計②	保険適用外計③	その他負担金④
計算欄	3,860円	円	11,000円	3,860円

請求金額 (①+②+③+④)
14,860円

③	備考欄	未収合計： 14,860円
---	-----	---------------

※ 保険適用の負担金は健康保険法等に基づき10円未満を四捨五入しています。
 ※ 厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。
 ※ MedicalGate（クレジットカード）によりお支払いいただいております。



- ・保険診療費計①（上図の①、②）に「公費一部負担金」が誤って印字されていました。
- ・備考欄（上図の③）に不要な「未収金合計」が誤って印字されていました。

請求書兼領収書

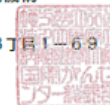
発行番号： [] 発行日：2024/01/18

患者番号 [] 様
 整理番号 []
 適用保険 []

病棟病室 []
 請求期間 2024/01/18

診療科 循環
 ~ 2024/01/18
 負担割合 30%

地方独立行政法人 大阪府立病院機構
 大阪国際がんセンター
 〒540-0008 大阪市中央区大手前3丁目1-6-9
 TEL: 06-6945-1181



区分	初・再診料	包括請求	入院料等	医学管理等	在宅医療	検査	画像診断	投薬	注射	リハビリテーション	精神科専門療法
保険	288点	点	点	点	点	点	点	点	点	点	点
保険外	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
区分	処置	手術	麻酔	放射線治療	病理診断	文書料等	歯冠修復及び欠損補綴	歯科矯正			
保険	1,000点	点	点	点	点	点	点	点			
保険外	円	円	円	円	円	円	円	円			
区分										保険診療費計①	保険外診療費計②
保険										1,288点	
保険外									①	円	円

区分	文書料										
保険外	11,000円										
区分											保険適用外計③
保険外											11,000円

区分	公費一部負担金	食事一部負担金						その他負担金④
負担額	3,860円	円						3,860円

②	保険診療費計①	保険外診療費計②	保険適用外計③	その他負担金④
計算欄	円	円	11,000円	3,860円

請求金額 (①+②+③+④)
14,860円

③	備考
	[]

※ 保険適用の負担金は健康保険法等に基づき10円未満を四捨五入しています。
 ※ 厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。
 ※ MedicalGate（クレジットカード）によりお支払いいただいております。

領収印	
-----	--

- ・保険診療費計①（上図の①、②）に金額は印字されません。
- ・備考欄（上図の③）に「未収金合計」は印字されません。