

療 養 証 明 書

①

| | | | |
|------------------|--|-----------------|-------|
| 受給者名 | | 受給者証の疾患名 | |
| 公費負担者番号 | | 受給者番号 | X |
| 受給者証の有効期間 | | 年 月 日 ~ | 年 月 日 |

※自己負担上限月額

※適用区分

| 診療月 | 区分 ② | 1か月分のレセプトの総日数 | 左記中、有効期間内であつ対象疾患で受診した日数 | 1か月分のレセプトの保険総点数 | 左記のうち、有効期間内であつ対象疾患に係る保険点数 ③ | 窓口での患者負担額 ④ | ※公費負担額 (この欄は記入しないでください) |
|--------|---------|---------------|-------------------------|-----------------|--------------------------------|----------------|----------------------------|
| 年 月 | 入院 | 日 | 日 | 点 | 点 | 円 | 円 |
| | 外来等 | 日 | 日 | 点 | 点 | 円 | 円 |
| 年 月 | 入院 | 日 | 日 | 点 | 点 | 円 | 円 |
| | 外来等 | 日 | 日 | 点 | 点 | 円 | 円 |
| 年 月 | 入院 | 日 | 日 | 点 | 点 | 円 | 円 |
| | 外来等 | 日 | 日 | 点 | 点 | 円 | 円 |
| 年 月 | 入院 | 日 | 日 | 点 | 点 | 円 | 円 |
| | 外来等 | 日 | 日 | 点 | 点 | 円 | 円 |

上記のとおり証明します。

年 月 日

埼玉県指定医療機関 管理番号 ⑤

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

名 称
 所在地
 代表者名
 指定医療機関 電話番号
 医療機関コード(7桁)
 記入者名

- (注) ① 受給者証に記載されている疾患と有効期間を確認の上、記入してください。
- ② 調剤薬局の場合は、「外来等」の欄に記入してください。
- ③ 「有効期間内であつ対象疾患に係る保険点数」は、受給者証に記載されている有効期間内における対象疾患に係る保険点数のみを抽出して記入してください。
- ④ 「窓口での患者負担額」は当該診療月におけるレセプト総点数の保険診療分として窓口で支払った額(対象疾患以外分も含む)の合計を記入してください。※食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額は除きます。
- ⑤ 埼玉県指定医療機関については、指定書の右上に記載されている「管理番号」(アルファベット1桁+数字6桁)を記入してください。他都道府県指定医療機関については、記入は不要です。
- ※ 記載内容に不明な点がある場合は、保健所又は県庁から問い合わせをいたしますので、上記「医療機関等」の電話番号及び記入者名は必ず記載するとともに、この療養証明書のコピーを保管していただくようお願いいたします。