

県単独指定難病に係る償還払(医療保険適用分)を受けるための書類です。医療機関の方がすべてを記入してください。

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				
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	保険種別に○をしてください	負担区分に○をしてください	高額医療費の所得区分の記号を記載(会計時に限度額認定証又はオンラインシステムで確認したもの) ②	区分 ③④	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 ⑤	窓口での患者負担額 ⑥	※公費負担額 (この欄は記入しないでください)
年 月	国保	1割		入院	日	日	点	点	円	円
	社保	2割		外来等(医科)	日	日	点	点	円	円
	後期	3割		外来等(歯科)	日	日	点	点	円	円
年 月	国保	1割		入院	日	日	点	点	円	円
	社保	2割		外来等(医科)	日	日	点	点	円	円
	後期	3割		外来等(歯科)	日	日	点	点	円	円
年 月	国保	1割		入院	日	日	点	点	円	円
	社保	2割		外来等(医科)	日	日	点	点	円	円
	後期	3割		外来等(歯科)	日	日	点	点	円	円
年 月	国保	1割		入院	日	日	点	点	円	円
	社保	2割		外来等(医科)	日	日	点	点	円	円
	後期	3割		外来等(歯科)	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 ⑦

管理番号				
------	--	--	--	--

名称
所在地
代表者名
電話番号
指定医療機関 医療機関コード(7桁)
記入者名
⑧ 記入者電話番号(内線)

- (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 会計時にオンライン資格確認システム又は限度額認定証で確認した場合のみ、高額医療費の所得(適用)区分を記入してください。当該方法で確認できない場合や不明な場合は記入しないでください。
 ③ 医科、歯科併設の医療機関は、それぞれの欄に分けて記入してください。なお、その際、歯科分の管理番号は⑦欄外に併記してください。
 ④ 調剤薬局の場合は、処方箋発行医療機関ごとに分けて「外来等(医科)」の欄に記入してください。
 ⑤ 「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。
 ⑥ 「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。※自費、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。
 ⑦ 埼玉県が指定した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。他の都道府県又は指定都市が指定した指定医療機関については、記入は不要です。
 ⑧ 記載内容について、お問い合わせさせていただく場合がございますので、御記入いただいた方の連絡先電話番号を(内線がある場合は内線まで)御記載ください。
 ⑨ 訪問看護ステーションで行った医療保険分を御記載する際は、点を円に修正して御記入ください。
 ※ 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。