

※特定疾患等に係る償還払い(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	公費負担番号	5	1	1	1				
受給者証の疾患名	受給者番号								
受給者証の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日								

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	左記のうち、有効期間内の日数	1か月分のレセプトの保険総点数 ⑧	左記のうち、有効期間内でかつ対象疾患に係る保険点数 ⑤⑧	総食事数	左記のうち、有効期間内の食事数 ⑥	有効期間内の食事療養費負担額	窓口での患者負担額 ⑦	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	食	食	円	円	円
	社保	2割		外来等	日	日	点	点	/	/	/	円	円
	後期	3割											
年 月	国保	1割		入院	日	日	点	点	食	食	円	円	円
	社保	2割		外来等	日	日	点	点	/	/	/	円	円
	後期	3割											
年 月	国保	1割		入院	日	日	点	点	食	食	円	円	円
	社保	2割		外来等	日	日	点	点	/	/	/	円	円
	後期	3割											
年 月	国保	1割		入院	日	日	点	点	食	食	円	円	円
	社保	2割		外来等	日	日	点	点	/	/	/	円	円
	後期	3割											

上記のとおり証明します。

年 月 日

医療機関等
 名称
 所在地
 代表者名
 電話番号
 医療機関コード(7桁)
 記入者名

- (注) ① 医療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、それぞれ分けて記入してください。
 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」の欄に記入してください。
 ⑤ 「有効期間内でかつ対象疾患に係る保険点数」は、医療受給者証に記載されている有効期間内で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 「有効期間内の食事数」は、医療受給者証に記載されている疾患が主病で入院している場合に、有効期間内の食事数を記入してください。
 ⑦ 「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。
 ⑧ 訪問看護ステーションで行った医療保険分を御記載の際は、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取っていただくようお願いします。