

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	介護保険の負担区分に○をしてください	1か月分のレセプトの総日数	左記のうち、有効期間内でか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、有効期間内でかつ対象疾患に係る保険単位数	窓口での患者負担額	公費負担額 (この欄は記入しないでください)
					②		
年 月	1割 2割 3割	日	日	単位	単位	円	円
年 月	1割 2割 3割	日	日	単位	単位	円	円
年 月	1割 2割 3割	日	日	単位	単位	円	円
年 月	1割 2割 3割	日	日	単位	単位	円	円
年 月	1割 2割 3割	日	日	単位	単位	円	円
年 月	1割 2割 3割	日	日	単位	単位	円	円

上記のとおり証明します。

年 月 日

名称
 所在地
 代表者名
 医療機関等 電話番号
 医療機関コード(7桁)
 記入者名
 ④ 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 「有効期間内でかつ対象疾患に係る保険単位数」は、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単位数のみを抽出して記入してください。
 ③ 「窓口での患者負担額」は、当該診療月における窓口での保険診療分支払額合計を記入してください。(居住費、私費、自費分を含めない。)
 ④ 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いたします。