

※この証明書は、受給者が埼玉県に提出する「肝炎治療療養費支給申請書」(償還払い)に添付するものです。医療機関・調剤薬局の方がすべてを記入してください。

療 養 証 明 書

㊦

受給者名		公費負担者番号	3	8	1	1	6	0	1	8
受給者証の病名		受給者番号								X
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日									

患者の負担の割合	限度額までの支払い(上限 円) 1割(一般・低所得Ⅱ・低所得Ⅰ・後期高齢者) 2割 3割(一般・高齢者の現役並み所得者・後期高齢者の現役並み所得者)
----------	---

診療月	区分 ㊧	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点数 ㊨	窓口での患者負担額 ㊩	交付負担額 (この欄は記入しないでください。)
年 月	入院						
	外来等						
年 月	入院						
	外来等						
年 月	入院						
	外来等						
年 月	入院						
	外来等						
年 月	入院						
	外来等						

上記のとおり証明します。

年 月 日

㊦ 名称
所在地
医療機関等 代表者名
電話番号

医療機関コード(7桁)
担当者名

注1) ㊦ 受給者証に記載されている受給者名、病名及び有効期間などを確認の上、記入してください。
 ㊧ 調剤薬局の場合は、「外来等」の欄に記入してください。
 ㊨ 「有効期間内でか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。
 ㊩ 「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分支払額合計を記入してください(私費、自費、食事療養及び生活療養を含めないでください。)
 ㊦ 記載内容に不明点がある場合は、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**担当者名**は必ず記載するとともに、この療養証明書をコピーし保管いただくようお願いします。
 また、今回証明分の領収書原本には、必ず領収印を押していただくようお願いします。

注2) この療養証明書は、医療機関及び調剤薬局のそれぞれにおいて、様式を別にして証明してください。