第１０号様式の１

療 養 証 明 書（医療保険分）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 公費負担者番号 | ５ | １ | ２ | ６ |  |  |  |  | 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ受給者氏名 |  | 生年月日 | 年　 月　 日 |
| 承認期間 | 年　　　月　　　日　～　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 健康保険種別 | □社保　 □国保　 □後期高齢　 □その他（　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 診療年月 | 療養の給付 | 食事療養・生活療養標準負担額 | 訪問看護療養費 |
| 入院外来の別 | 診療実日数 | 診療点数 | 患者負担割合 | 請求額（患者負担相当額） | 基準額 | 請求額（標準負担金） | 訪問看護日数 | 基準額 | 患者負担割合 | 請求額（基本利用料） |
| 保　険診療分 | 薬剤一部負担金 |
|  |  | 日 | 点 | 割 | 円 | 円 | 円 | 円 | 日 | 円 | 割 | 円 |
| 年　月 | 入院外来 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 年　月 | 入院外来 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 年　月 | 入院外来 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合　計 | 入院外来 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

特定疾患（疾患名： 　　 ）に係る医療保険の療養について、上記のとおりであることを証明します。

 　　 年　　月　　日

 医療機関等の 所在地

 名　　称

㊞

 代表者名

 担当者名

 電話番号

記載上の注意

１　証明の際には受給者票の提示を求め、資格の有無を確認してください。

２　受給者票に表示する疾患の治療でないもの、医療保険等の適用外であるもの、受給者票の有効期間外の治療については、証明の必要はありません。

３　有効期間の開始日が月の途中からとなる場合は、有効期間の開始日以降の医療費を助成の対象とし、開始日前の医療費は助成の対象としません。