

療養証明書(介護保険分)

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	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> その他 ()		

		※訪問看護	※訪問リハビリテーション	※居宅療養管理指導	介護療養施設サービス	介護医療院サービス
年 月	サービスを受けた日数					
	費用総額					
	利用者負担額(円)					
年 月	サービスを受けた日数					
	費用総額					
	利用者負担額(円)					
年 月	サービスを受けた日数					
	費用総額					
	利用者負担額(円)					
合 計	サービスを受けた日数					
	費用総額					
	利用者負担額(円)					

※ 介護予防給付を含む

特定疾患(疾患名)に係る介護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

サービス提供機関等の 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、介護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。