

記入例

療養証明書

(介護療養型医療施設用)

※償還払いを受けるための書類です。医療機関の方が全て記入してください。

① 受給者氏名	福島 太郎	公費負担者 番号	5	4	0	7	5	0	1	5
受給者証の 疾患名	〇〇〇〇症	受給者番号	1	1	1	1	1	1	1	/
有効期間	平成 27年 1月 17日～平成 27年 12月 31日									

診療月	1ヶ月 分のレ セプト の総日 数	左記の うち有 効期間 内の日 数	1ヶ月分 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 ②	総食事 回数	左記の うち有 効期間 内食 回数 ③	有効期間 内の食事 療養費負 担額	窓口での 患者負担額 ④	公費負担額 (この欄は 記入しない でくださ い)
27年1月	31日	15日	21,000点	10,300点	93食	45食	11,700円	74,700円	円
年 月	日	日	点	点	食	食	円	円	円
年 月	日	日	点	点	食	食	円	円	円

上記のとおり証明します。

平成 27年 2月 1日

名称 福島県病院
医療機関等 所在地 福島県福島市杉妻町2番16号
代表者名 ■■■長 福島 三郎

印

⑤ 医療機関コード	0000000	記入者名	福島 四郎	問い合わせ 先電話番号	024 -521 -XXXXX
-----------	---------	------	-------	----------------	-----------------------

(注)① 特定医療費受給者証に記載されている疾患と有効期間を確認のうえ記入ください。

② 「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②」欄は、特定医療費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 「左記のうち有効期間内食事回数③」欄は、特定医療費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該当する有効期間内の入院時食事療養回数を記入ください。

④ 「窓口での患者負担額」欄は、当該診療月における窓口での総保険診療分支払済合計額を記入してください。(居住費、私費、自費分を含めない。)

⑤ 記載内容に不明な点がある場合は、最寄りの保健所等又は県庁から問い合わせさせていただく場合がありますので、上記「医療機関等」の記入者名及び問い合わせ電話番号は、必ず記入いただくと共に、この療養証明書のコピーを1年間は保管いただきますようお願いいたします。

記入例

償還払いを受けるための書類です。

本証明書は介護療養型医療施設用の方が全て記入して下さい。

※償還払いを受けるため

① 受給者氏名	福島 太郎	公費負担者 番号	5	4	0	7	5	0	1	5
受給者証の 疾患名	〇〇〇〇症	受給者番号	1	1	1	1	1	1	1	1
有効期間	平成 27年 1月 17日～平成 27年 12月 31日									

診療月	ア	イ	ウ	エ	オ	カ	キ	ク	公費負担額 (この欄は 記入しないで ください)
	1ヶ月 分のレ セプト の総日 数	左記の うち有 効期間 内の日 数	1ヶ月分 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 ②	総食事 回数	左記の うち有 効期間 内食 回数 ③	有効期間 内の食事 療養費負 担額	窓口での 患者負担額 ④	
27年1月	31日	15日	21,000点	10,300点	93食	45食	11,700円	74,700円	円
年 月	日								
年 月	日								

- ア) 受給者が当該月に入院及び外来・調剤を受けた総日数を記入下さい。
- イ) ア)の期間のうち受給者証の有効期間と重なる日数を記入下さい。
- ウ) 当該月の保険点数の総和を記入下さい。(受給者証の有効期間外も含む)
- エ) 受給者証の有効期間内でかつ受給者の対象疾患に係る保険単位数を記入下さい。
- オ) 当該月に対象患者がした総食事回数を記入下さい。
- カ) 受給者証に記載されている疾病が主病で入院している場合に、受給者証の有効期間内にした食事回数を記入下さい。
- キ) 受給者証の有効期間内の総食事療養負担額を記入下さい。
- ク) 受給者が当該月に窓口で実際に負担した額の総額を記入下さい。

上記のとおり証明します

平成 27年 2月 1日

名称 福島県病院
医療機関等 所在地 福島県福島市杉妻町2番16号
代表者名 ■■長 福島 三郎

印

⑤ 医療機関コード	0000000	記入者名	福島 四郎	問い合わせ 先電話番号	024 -521 -XXXXX
-----------	---------	------	-------	----------------	-----------------------

⑤ 特定医療費受給者証に記載されている疾患と有効期間を確認のうえ記入ください。

記載内容について照会をさせていただく場合があります。忘れずにご記入下さい。

「保険単位数②」欄は、特定医療費受給者証に記載されて抽出して記入してください。
医療費受給者証に記載されている疾患が主病で入院してを記入ください。

④ 「窓口での患者負担額」欄は、当該診療分における窓口での総保険診療分支払済合計額を記入してください。(居住費、私費、自費分を含めない。)

⑤ 記載内容に不明な点がある場合は、最寄りの保健所等又は県庁から問い合わせさせていただく場合がありますので、上記「医療機関等」の記入者名及び問い合わせ電話番号は、必ず記入いただくと共に、この療養証明書のコピーを1年間は保管いただきますようお願いいたします。