

受給者番号	患者氏名

特定疾患(血清肝炎・肝硬変)医療費証明書 (訪問看護・医療系介護サービス用)

申請理由 (どちらかに○)		1. 承認期間中に保険単独で支払をしたため 2. 受給者証を適用して支払をした医療費について自己負担上限額が変更されたため					
サービス内容		1. 訪問看護(医療保険) 2. 訪問看護(介護保険) 3. 介護予防訪問看護 4. 居宅療養管理指導 5. 介護予防居宅療養管理指導 6. 訪問リハビリテーション(医療機関実施分) 7. 介護予防訪問リハビリテーション(医療機関実施分) 8. 介護医療院サービス					
利用年月	1ヶ月の総 利用日数	左記のうち 承認期間内の 日数	介護給付明細書による 1ヶ月の総単位数 (医療保険の場合は1ヶ 月の医療費総額)	左記のうち承認期間内の単 位数 (医療保険の場合は有効期 間内の医療費総額)	1単位あたりの単価 ※介護保険利用の場合記 入してください	自己負担割合 ※訪問看護で医療保険利用の場合選 択してください	行政記載欄
年 月	日	日	単位・(円)	単位・(円)	円	一般 (2 割 ・ 3 割) 高齢受給者 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割) 後期高齢 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割)	
年 月	日	日	単位・(円)	単位・(円)	円	一般 (2 割 ・ 3 割) 高齢受給者 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割) 後期高齢 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割)	
年 月	日	日	単位・(円)	単位・(円)	円	一般 (2 割 ・ 3 割) 高齢受給者 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割) 後期高齢 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割)	
年 月	日	日	単位・(円)	単位・(円)	円	一般 (2 割 ・ 3 割) 高齢受給者 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割) 後期高齢 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割)	
年 月	日	日	単位・(円)	単位・(円)	円	一般 (2 割 ・ 3 割) 高齢受給者 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割) 後期高齢 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割)	
年 月	日	日	単位・(円)	単位・(円)	円	一般 (2 割 ・ 3 割) 高齢受給者 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割) 後期高齢 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割)	
介護療養施設サービスの場合はこちらに記入してください							
利用年月	利用日数	承認期間内 の日数	介護給付明細書による 1ヶ月の総単位数	左記のうち承認期間内の単 位数	単位数単価	特定診療費 (利用者負担額)	※小計
年 月	日	日	単位	単位	円	円	円
年 月	日	日	単位	単位	円	円	円
年 月	日	日	単位	単位	円	円	円
年 月	日	日	単位	単位	円	円	円

上記のとおり証明します

年 月 日

保険医療機関コード・事業者コード

所在地 _____

医療機関名 _____

代表者 _____

電話番号 (_____) _____ 証明担当者 _____

