

特定医療費証明書(訪問看護・医療系介護サービス用)

受給者番号	患者氏名

申請理由 《どちらかに○》	1. 有効期間中に保険単独で支給をしたため 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 有効期間内 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)	左記のうち有効期間内にかつ特 定医療に係る単位数 (医療保険の場合は有効期間内 にかつ特定医療に係る医療費総 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) 後期高齢者医療 (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) 後期高齢者医療 (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) 後期高齢者医療 (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) 後期高齢者医療 (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) 後期高齢者医療 (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) 後期高齢者医療 (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	有効期間 内の日数	介護給付明細書による 1ヶ月の総単位数	左記のうち有効期間内 にかつ特定医療に係る単 位数	単位数単価	特定医療費 (利用者負担額)	行政記載欄
年 月	日	日	単位	単位	円	円	
年 月	日	日	単位	単位	円	円	
年 月	日	日	単位	単位	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

指定医療機関名

代表者

電話番号 ()

証明担当者

【注意事項及び記入例】

注意事項

- ・特定医療費証明書は、認定された疾病及びその疾病に付随して発症する傷病に対する医療(特定医療)に係る医療費等を確認するものです。
- ・同一月内で公費併用レセプト(法別54)で請求した医療費又は介護サービス費がある場合、当該医療費等についてはこの証明書での償還はできませんので注意してください。
- ・受給者証に記載された認定疾病と有効期間を確認のうえ、記入してください。
- ・認定された疾病により介護サービスが必要な場合のみ証明を行ってください。

利用年月	① 有効期間中に保険単独で支給をしたため 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		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								行政記載欄
	②	③	④	⑤	⑥	⑦					
R2年 6月	5 日	5 日	2,500 単位・(円)	2,500 単位・(円)	10.21 円	一般(2割・3割) 高齢受給者(1割・2割・3割) 後期高齢者医療(1割・2割・3割)					
R2年 7月	5 日	5 日	85,000 単位・(円)	85,000 単位・(円)		一般(2割・5割) 高齢受給者(1割・2割・3割) 後期高齢者医療(1割・2割・3割)					

- ① 提供したサービス名に○をつけてください
- ② この列にはサービスを提供した日数を記入してください
- ③ この列には②のうち、受給者証の有効期間内の日数を記入してください。②と同じ場合は、同じ日数を記入してください。
- ④ この列には1ヶ月の総単位数(訪問看護を医療保険で行った場合は医療費総額)を記入してください。
- ⑤ この列には④のうち受給者証の有効期間内の単位数(訪問看護を医療保険で行った場合は医療費総額)を記入してください。④と同じ場合は、同じ点数を記入してください。
- ⑥ この列は介護保険サービスの1単位当たりの金額を記入してください。
- ⑦ この列は、訪問看護を医療保険で行った場合、医療保険上の自己負担割合を選択してください。

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。							行政記載欄
利用年月	利用日数	有効期間内の日数	介護給付明細書による1ヶ月の総単位数	左記のうち有効期間内でかつ特定医療に係る単位数	単位数単価	特定医療費(利用者負担額)	
R2年 6月	3 日	2 日	4,000 単位	3,800 単位	10.54 円	1,500 円	

介護療養型施設サービス利用者の証明はこちらに記入してください。

特定診療費は利用者負担額を記入してください。

上記のとおり証明します		保険医療機関コード	
○○年 ○月 ○日		231XXXXXXXX	
所在地	XXXXXXXXXXXXXXXX		
指定医療機関名	○○○○病院		
代表者	△△ △△		
電話番号	(XXXX) XX-XXXX	証明担当者	医事課 ○○

・証明内容について、県庁から問い合わせる場合がありますので、電話番号、証明担当者または担当部署名を必ず記入してください。