

特定医療費証明書 (介護保険適用分)

受診者氏名		受給者番号	
指定難病名		受給者証有効期間	～

介護保険負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割
----------	--------------

※期間内に負担割合の変更があった場合はその内容も記載してください。

診療年月	(1)1か月の 総単位数	(2)患者窓口 支払額	(3)1単位当たりの 単価	左のうち有効期間内かつ指定難病 にかかる内容を記載してください。	
				(4)公費対象となる 単位数	(5)対象日数
年 月分		円	円		日
年 月分		円	円		日
年 月分		円	円		日
年 月分		円	円		日

当該患者にかかる単位数、患者窓口支払額及び診療日数等は、上記のとおりであることを証明します。公費併用レセプト等による請求を行っておらず、他の公的医療給付との重複等がないことについても、確認済みです。

年 月 日

(医科 ・ 歯科 ・ 調剤 ・ 訪問看護)

医療機関 所在地

名称

代表者氏名

印

【指定医療機関の方へ】

1 (1)、(2)にはその月の総単位数、窓口負担額を記入してください。(4)、(5)には、受給者証有効期間内かつ対象の指定難病に係る単位数、日数を記載してください。

2 介護保険制度に基づく訪問看護、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、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防居宅療養管理指導、介護医療院サービスのみが公費の対象となります。

3 医療保険適用分の費用の請求は「特定医療費証明書(医療保険適用分)」に証明を行ってください。