

様式7号の2 ※償還払いを受けるための書類です。医療機関・調剤薬局の方がすべてを記入してください。

療 養 証 明 書

①

受給者名		公費負担番号	5	1	1	1			
受給者証の疾患名		受給者番号							
受給者証の有効期間	年 月 日 ~		年 月 日						

診療月	区分 ②	1か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か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点数③	総食事数	左記のうち、有効期間内の食事数④	有効期間内の食事療養費負担額	窓口での患者負担額 ⑤	公費負担額 (この欄は記入しないでください)
年 月	入院	日	日	点	点	食	食	円	円	円
	外来等	日	日	点	点	/	/	/	円	円
年 月	入院	日	日	点	点	食	食	円	円	円
	外来等	日	日	点	点	/	/	/	円	円
年 月	入院	日	日	点	点	食	食	円	円	円
	外来等	日	日	点	点	/	/	/	円	円
年 月	入院	日	日	点	点	食	食	円	円	円
	外来等	日	日	点	点	/	/	/	円	円

上記のとおり証明します。

年 月 日

医療機関等
 名称
 所在地
 代表者名
 電話番号
 医療機関コード(7桁)
 記入者名

- (注) ① 医療受給者証に記載されている疾患と有効期間を確認の上、記入してください。
 ② 調剤薬局の場合は、「外来等」の欄に記入してください。
 ③ 「有効期間内でかつ対象疾患に係る保険点数」は、医療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点数のみを抽出して記入してください。
 ④ 「有効期間内の食事数」は、医療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、有効期間内の食事数を記入してください。
 ⑤ 「窓口での患者負担額」は当該診療月におけるレセプト総点数の保険診療分として支払った額(対象疾患以外分も含む)の合計を記入してください。※食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額は除きます。
 ⑥ 記載内容に不明な点がある場合は、保健所又は県庁から問い合わせをいたしますので、上記「医療機関等」の電話番号及び記入者名は必ず記載するとともに、この療養証明書のコピーを取っていただくようお願いします。