

療 養 証 明 書

①

受給者名		受給者証の疾患名			
公費負担者番号		受給者番号			X
介護保険被保険者番号		サービスの種類		1か月あたりの上限単位数	
受給者証の有効期間		年	月	日	～ 年 月 日

※自己負担上限月額

※適用区分

利用月	1か月分の利用総日数	左記のうち、有効期間内であつ対象疾患で利用した日数	対象疾患に係るサービス単位数	利用者(患者)負担額	※公費負担額 (この欄は記入しないでください)
			②	③	
年 月	日	日	単位	円	円
年 月	日	日	単位	円	円
年 月	日	日	単位	円	円
年 月	日	日	単位	円	円

上記のとおり証明します。

年 月 日

埼玉県指定医療機関 管理番号 ④

--	--	--	--	--	--	--	--

名 称
 所在地
 代表者名
 指定医療機関 電話番号
 事業者等コード
 記入者名

- (注) ① 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 「有効期間内で対象疾患に係るサービス単位数」は、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サービス単位数のみを抽出して記入してください。
- ③ 「利用者(患者)負担額」は、当該サービス利用月における介護保険分として支払った額の合計を記入してください。なお、内容を確認するために「サービス利用票・別票」を本書に添付してください。
- ④ 埼玉県指定医療機関については、指定書の右上に記載されている「管理番号」(アルファベット1桁+数字6桁)を記入してください。他都道府県指定医療機関については、記入は不要です。
- ※ 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保管していただくようお願いします。