

# 長野県特定疾病医療費証明書(医療保険適用分)

受診者氏名		受給者番号	
特定疾病名		受給者証有効期間	～

加入医療保険種別 (負担割合)	国保・国退・健保・共済・後期高齢者・その他( ) ( 1割・2割・3割 )
高額療養費の現物給付	無・有(ア イ ウ エ オ IV III II I) 多数該当 無・有(該当月 )

※期間内に保険種別や現物給付の区分に変更があった場合はその内容も記載してください。

				左のうち有効期間内かつ特定疾病にかか る内容を記載してください。	
診療年月	区分	(1)1か月の 保険総点数	(2)1か月の 患者窓口支払額	(3)公費医療にかか る点数	(4)対象日(回)数/ 標準負担額
年 月分	外来・調剤等	点	円	点	日
	入院	点	円	点	日
	食事・生活 療養費		円		(一食 回 円)
年 月分	外来・調剤等	点	円	点	日
	入院	点	円	点	日
	食事・生活 療養費		円		(一食 回 円)
年 月分	外来・調剤等	点	円	点	日
	入院	点	円	点	日
	食事・生活 療養費		円		(一食 回 円)
年 月分	外来・調剤等	点	円	点	日
	入院	点	円	点	日
	食事・生活 療養費		円		(一食 回 円)

市町村による福祉医療への請求の有無 有・無

※対象となる月とならない月がある場合、対象月 ( 月)

当該患者にかかる点数、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

### 【医療機関の方へ】

1 (1)、(2)にはその月の総保険点数、窓口負担額を記入してください。(3)、(4)には、受給者証有効期間内かつ対象の特定疾病に係る保険点数、日数を記載してください。

2 院外処方せんによる薬局の調剤分については、処方せんの写を添付してください。

3 入院時の食事(生活)療養費助成は平成29年12月31日以前の経過的特例適用者(公費負担者番号81208225)の平成29年12月31日以前の診療分のみが対象となります。診療日数及び( )内に食事回数を記載してください。