

### 療養証明書 (肝炎治療分を含む)

患者氏名 男・女  
 生年月日 年 月 日  
 健康保険種別 協・組・共・国保・後

区 分	療養の給付				
	入院 外来 の別	診 療 実日数	総診療点数 (※2)	患者負担 割 合	請求額 (患者負担相当額)
					保険診療分 (※3)
年  月分	入院 外来	日	点  うち肝炎治療分	割	円  うち肝炎治療分
年  月分	入院 外来		点  うち肝炎治療分		円  うち肝炎治療分
年  月分	入院 外来		点  うち肝炎治療分		円  うち肝炎治療分
年  月分	入院 外来		点  うち肝炎治療分		円  うち肝炎治療分

療養の給付について、上記のとおりであることを証明します。

年 月 日

医療機関及び保険薬局の 所在地

名 称

代表者名

印

〔 担当者名  
電話番号 〕

**記載上の注意**

- ※1 証明の際には受給者証の提示を求め資格の有無を確認してください。
- ※2 総診療点数欄については該当月の総診療点数を、内書きとして肝炎治療及び肝炎治療に伴う軽微な副作用に係る診療点数を証明してください。
- ※3 請求額欄については、※2と同様の記載要領で請求額を証明してください。
- ※4 医療保険の適用内で受給者証の有効期間内の治療であることを記載してください。
- ※5 この証明書は、医療機関及び院外薬局ごとに、また、入院・外来別に欄をかえて作成してください。