第１０号様式の１

療 養 証 明 書（医療保険分）

公費負担者番号	５ １ ２ ６ ６ ０ １ ３	受給者番号	
フリガナ 受 給 者 氏 名		生 年 月 日	年 月 日
承 認 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日		
健康保険種別	□社保 □国保 □後期高齢 □その他（ ）		

診療年月	療養の給付						食事療養・生活療養標準負担額		訪問看護療養費			
	入院外来の別	診療実日数	診療点数	患者負担割合	請求額（患者負担相当額）		基準額	請求額（標準負担金）	訪問看護日数	基準額	患者負担割合	請求額（基本利用料）
					保 険 診療分	薬剤一部負担金						
年 月	入院 外来	日	点	割	円	円	円	円	日	円	割	円
年 月	入院 外来											
年 月	入院 外来											
合 計	入院 外来											

特定疾患（疾患名： ）に係る医療保険の療養について、上記のとおりであることを証明します。

年 月 日

医療機関等の 所在地

名 称

代表者名 ㊞

担当者名

電話番号

記載上の注意

1 証明の際には受給者票の提示を求め、資格の有無を確認してください。

2 受給者票に表示する疾患の治療でないもの、医療保険等の適用外であるもの、受給者票の有効期間外の治療については、証明の必要はありません。

3 有効期間の開始日が月の途中からとなる場合は、有効期間の開始日以降の医療費を助成の対象とし、開始日前の医療費は助成の対象としません。