

療養内訳証明書（医療保険分）

受給者氏名		生年月日	年 月 日
健康保険種別	国保組合・社保・共済・国保・後期高齢（本人・家族）		

区分	療養の給付					入院時食事療養・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)
月分	入院 外来	日	点	割	円	円	円	日	円	割	円
月分	入院 外来										
月分	入院 外来										
月分	入院 外来										
月分	入院 外来										
月分	入院 外来										
月分	入院 外来										
月分	入院 外来										
合計	/			/						/	

先天性血液凝固因子障害等に係る療養について、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



第8号様式の2

療養内訳証明書（介護保険分）

受給者氏名		生年月日	年 月 日
健康保険種別	国保組合・社保・共済・国保・後期高齢（本人・家族）		

		訪問看護	訪問リハビリテーション	居宅療養管理指導	介護療養施設サービス	食事提供費
月分	サービスを受けた日数					
	費用総額					
	利用者負担額（円）					
月分	サービスを受けた日数					
	費用総額					
	利用者負担額（円）					
月分	サービスを受けた日数					
	費用総額					
	利用者負担額（円）					
月分	サービスを受けた日数					
	費用総額					
	利用者負担額（円）					
月分	サービスを受けた日数					
	費用総額					
	利用者負担額（円）					
合計	サービスを受けた日数					
	費用総額					
	利用者負担額（円）					

先天性血液凝固因子障害等に係る介護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

