

# 療 養 証 明 書

患者氏名			疾病名								
生年月日	年	月	日	受給者証有効期間	年	月	日	～	年	月	日
保険の種類 自己負担割合	<input type="checkbox"/> 国保 割 ・ <input type="checkbox"/> 国組 割 ・ <input type="checkbox"/> 協会 割 ・ <input type="checkbox"/> 組合 割 ・ <input type="checkbox"/> 共済 割 <input type="checkbox"/> 後期 割 ・ <input type="checkbox"/> その他 割										
診療年月	入院 通院	<input type="checkbox"/> 別	診療日数	保険診療点数 (単位数)	患者自己負担額	備考					
年	入院		日	点 <small>(単位)</small>	円						
	うち肝炎公費 対象分		日	点 <small>(単位)</small>	円						
月分	入院以外		日	点 <small>(単位)</small>	円						
	うち肝炎公費 対象分		日	点 <small>(単位)</small>	円						
※肝炎対象分は受給者証有効期間にご注意ください。患者自己負担額は肝炎公費適用前の金額を記入してください。											
年	入院		日	点 <small>(単位)</small>	円						
	うち肝炎公費 対象分		日	点 <small>(単位)</small>	円						
月分	入院以外		日	点 <small>(単位)</small>	円						
	うち肝炎公費 対象分		日	点 <small>(単位)</small>	円						
※肝炎対象分は受給者証有効期間にご注意ください。患者自己負担額は肝炎公費適用前の金額を記入してください。											
年	入院		日	点 <small>(単位)</small>	円						
	うち肝炎公費 対象分		日	点 <small>(単位)</small>	円						
月分	入院以外		日	点 <small>(単位)</small>	円						
	うち肝炎公費 対象分		日	点 <small>(単位)</small>	円						
※肝炎対象分は受給者証有効期間にご注意ください。患者自己負担額は肝炎公費適用前の金額を記入してください。											
年	入院		日	点 <small>(単位)</small>	円						
	うち肝炎公費 対象分		日	点 <small>(単位)</small>	円						
月分	入院以外		日	点 <small>(単位)</small>	円						
	うち肝炎公費 対象分		日	点 <small>(単位)</small>	円						
※肝炎対象分は受給者証有効期間にご注意ください。患者自己負担額は肝炎公費適用前の金額を記入してください。											

上記のとおり証明します。

記入日            年    月    日

所在地

医療機関名

代表者名

(記名押印又は代表者による自署)

電話番号	
記入者名	

指定医療機関の皆様へ

- この証明書は、肝炎治療を受けた患者様が、肝炎治療受給者証（以下「受給者証」）の効力発生日以降に、受給者証を提示しないで医療機関へ支払った医療費について、県へ払戻（償還）請求する際に必要な事項について、証明をお願いするものです。
- 内容に不明な点等がある場合、県または保健所より問い合わせをすることがありますので、**電話番号及び記入者名については、必ずご記入ください。**  
また、ご記入済みの療養証明書の写しを控としてお取り置きくださるようお願いいたします。
- 肝炎公費対象分が**受給者証の有効期間内**であることを確認うえ、月ごとに記入してください。
- 保険薬局**は、「入院以外」の欄にご記入ください。
- 払戻対象期間が**4か月以上となる場合は**、あらかじめ原本をコピーするなどして用紙を追加してください。

【証明欄記入例】

・入院期間の途中から肝炎治療費助成開始の場合（例：効力発生日 令和3年4月25日）

診療年月	入院通院の別	診療日数	保険診療点数 (単位数)	患者自己負担額
令和3年	入院	30日	139,722点 (単位)	57,600円
	うち肝炎公費対象分	6日	31,269点 (単位)	—円
4月分	入院以外	日	点 (単位)	円
	うち肝炎公費対象分	日	点 (単位)	円

※肝炎対象分は受給者証有効期間にご注意ください。患者自己負担額は難病公費適用前の金額を記入してください。

★その月のレセプト総点数、患者窓口負担額を記入してください。

★受給者証の有効期間内かつ肝炎治療にかかる点数、患者窓口負担額を記入してください。

・受給者証の有効期間内の場合 入院：肝炎にかかる診療のみ 外来：肝炎以外の疾病にかかる診療あり

診療年月	入院通院の別	診療日数	保険診療点数 (単位数)	患者自己負担額
令和3年	入院	5日	12,514点 (単位)	37,540円
	うち肝炎公費対象分	5日	12,514点 (単位)	37,540円
5月分	入院以外	1日	560点 (単位)	1,680円
	うち肝炎公費対象分	1日	419点 (単位)	1,260円

※肝炎対象分は受給者証有効期間にご注意ください。患者自己負担額は肝炎公費適用前

★レセプトの全点数が肝炎にかかる場合、肝炎公費対象分はレセプトの総点数、患者自己負担額と同じになります。

★肝炎公費対象分の患者負担額も公費適用前の保険自己負担割合で記入してください。