

様式第4号の2 (用紙 日本産業規格A4縦型)

特定疾患医療費 (静岡県単独) 証明書

受給者氏名			受給者番号				
疾患名							
支給認定の有効期間	年 月 日 から		年 月 日まで				
診療年月	保険種別 負担割合 (医療保険については 該当するものに 〇印を付してください。)	診療実日数		医療費総額 (10割)	患者負担額	査定欄 (職員記入欄)	
				標準負担額			
年 月分	医療保険	入院	日間	円	円		
		1割	食事・生活療養	食・日	円	円	
		2割	通院	日	円	円	
		3割	薬局	日	円	円	
	介護保険	訪問看護	日	円	円		
		訪問リハ	日	円	円		
		居宅療養管理指導	日	円	円		
		介護療養型医療施設	日	円	円		
年 月分	医療保険	入院	日間	円	円		
		1割	食事・生活療養	食・日	円	円	
		2割	通院	日	円	円	
		3割	薬局	日	円	円	
	介護保険	訪問看護	日	円	円		
		訪問リハ	日	円	円		
		居宅療養管理指導	日	円	円		
		介護療養型医療施設	日	円	円		
年 月分	医療保険	入院	日間	円	円		
		1割	食事・生活療養	食・日	円	円	
		2割	通院	日	円	円	
		3割	薬局	日	円	円	
	介護保険	訪問看護	日	円	円		
		訪問リハ	日	円	円		
		居宅療養管理指導	日	円	円		
		介護療養型医療施設	日	円	円		
上記のとおり、領収したことを証明します。							
年 月 日							
医療機関の所在地			作成者				
医療機関の名称			所属・氏名 _____				
代表者職氏名			電話番号 _____				
(印)							

(注) 薬の処方については、処方した日数を記入してください。