

診療・調剤報酬証明書

保険医療機関・保険薬局	<input type="checkbox"/> 入院（診療科：歯科・それ以外_____） <input type="checkbox"/> 通院（診療科：歯科・それ以外_____） <input type="checkbox"/> 調剤（処方元病院：_____） ※入院・通院・調剤いずれかにチェックしてください。 入院・通院の場合は診療科に○をつけてください。調剤の場合は処方元病院の記入をお願いします。						
	入院年月日	令和 年 月 日	～令和 年 月 日（ 日間）	食事療養費	円		
	公費負担額	有（ 点 円）	・ 無	保険点数	点	保険内金額	円
	診療年月日	令和 年 月 日	診療科	歯科 ・ それ以外（ _____ ）			
	公費負担額	有（ 点 円）	・ 無	保険点数	点	保険内金額	円
	診療年月日	令和 年 月 日	診療科	歯科 ・ それ以外（ _____ ）			
	公費負担額	有（ 点 円）	・ 無	保険点数	点	保険内金額	円
	診療年月日	令和 年 月 日	診療科	歯科 ・ それ以外（ _____ ）			
	公費負担額	有（ 点 円）	・ 無	保険点数	点	保険内金額	円
	診療年月日	令和 年 月 日	診療科	歯科 ・ それ以外（ _____ ）			
	公費負担額	有（ 点 円）	・ 無	保険点数	点	保険内金額	円
	診療年月日	令和 年 月 日	診療科	歯科 ・ それ以外（ _____ ）			
	公費負担額	有（ 点 円）	・ 無	保険点数	点	保険内金額	円
	証明手数料	無料 ・ 有料（ _____ 円）					
	上記のとおり証明します						
	住 所						
	医 療 機 関 名						
	又 は 薬 局 名						
	代 表 者 名	印					
	調剤年月日	令和 年 月 日	処方元病院				
	公費負担額	有（ 点 円）	・ 無	保険点数	点	保険内金額	円
	調剤年月日	令和 年 月 日	処方元病院				
	公費負担額	有（ 点 円）	・ 無	保険点数	点	保険内金額	円
	調剤年月日	令和 年 月 日	処方元病院				
	公費負担額	有（ 点 円）	・ 無	保険点数	点	保険内金額	円
	調剤年月日	令和 年 月 日	処方元病院				
	公費負担額	有（ 点 円）	・ 無	保険点数	点	保険内金額	円
	調剤年月日	令和 年 月 日	処方元病院				
公費負担額	有（ 点 円）	・ 無	保険点数	点	保険内金額	円	
証明手数料	無料 ・ 有料（ _____ 円）						
上記のとおり証明します							
住 所							
医 療 機 関 名							
又 は 薬 局 名							
代 表 者 名	印						

（医療機関の方へ）

- ①保険診療分が助成の対象となります。助成金額は「保険点数」から算出します。
- ②「保険内金額」欄に受診者が支払う保険診療分の3割金額を記入してください。
- ③診療報酬明細書ごとの処理になりますので、総合病院では受診科名を必ず記入してください。