

特定医療費証明書(訪問看護・医療系介護サービス用)

受給者番号		受診者氏名				※(A)欄には受給者証の有効期間内に支払った、認定された疾病にかかる訪問看護・医療系介護サービスについてのみご記入ください。 ※備考欄には連絡事項等がございましたらご記入ください。			
利用年月	サービス内容 1~7のいずれかに○ 下部の※1参照	1か月の 総利用 日数	左記のうち 有効期間内の 日数	介護給付明細書による 1か月の総単位数 (医療保険の場合は 1か月の医療費総額)	左記のうち有効期間内 の単位数 (医療保険の場合は有効 期間内の医療費総額) (A)	保険種別		高額療養費の 所得区分 (下部の ※2参照)	備考
						自己負担割合			
						単位数単価(介護保険の場合)			
年 月	1 2 3 4 5 6 7	日 日	日 日	単位・(円)	単位・(円)	社保・国保・後期 介護保険 3割・2割・1割	単位数単価 円	ア・イ・ウ エ・オ I・II・III IV・V・VI	
年 月	1 2 3 4 5 6 7	日 日	日 日	単位・(円)	単位・(円)	社保・国保・後期 介護保険 3割・2割・1割	単位数単価 円	ア・イ・ウ エ・オ I・II・III IV・V・VI	
年 月	1 2 3 4 5 6 7	日 日	日 日	単位・(円)	単位・(円)	社保・国保・後期 介護保険 3割・2割・1割	単位数単価 円	ア・イ・ウ エ・オ I・II・III IV・V・VI	
年 月	1 2 3 4 5 6 7	日 日	日 日	単位・(円)	単位・(円)	社保・国保・後期 介護保険 3割・2割・1割	単位数単価 円	ア・イ・ウ エ・オ I・II・III IV・V・VI	
年 月	1 2 3 4 5 6 7	日 日	日 日	単位・(円)	単位・(円)	社保・国保・後期 介護保険 3割・2割・1割	単位数単価 円	ア・イ・ウ エ・オ I・II・III IV・V・VI	
年 月	1 2 3 4 5 6 7	日 日	日 日	単位・(円)	単位・(円)	社保・国保・後期 介護保険 3割・2割・1割	単位数単価 円	ア・イ・ウ エ・オ I・II・III IV・V・VI	

介護医療院サービスの場合はこちらに記入してください

利用年月	1か月の 利用 日数	有効期間内 の日数	介護給付明細書 による 1か月の総単位数	左記のうち 有効期間内 の単位数(A)	特定診療費 (利用者負担額)	備考
年 月	日 日	日 日	単位	単位	円	(基本単位: 円)
年 月	日 日	日 日	単位	単位	円	(基本単位: 円)
年 月	日 日	日 日	単位	単位	円	(基本単位: 円)

上記のとおり証明します

なお、記載したサービス分につき、国民健康保険団体連合会及び社会保険診療報酬支払基金を通して当該54公費を併用したレセプト請求をしておらず、今後も行いません。

年 月 日

医療機関コード

所在地

指定医療機関名

代表者

電話番号 ()

【証明担当】

所属部署名

担当者名

※裏面の記載例・注意事項をご確認のうえ、記入してください。 ※問い合わせの際に部署名の指定等が必要な場合は所属部署名欄にもご記入ください。

※1 1. 訪問看護(医療保険) 2. 訪問看護(介護保険) 3. 介護予防訪問看護 4. 居宅療養管理指導 5. 介護予防居宅療養管理指導
6. 訪問リハビリテーション(医療機関実施分) 7. 介護予防訪問リハビリテーション(医療機関実施分)

※2 70歳以上の場合 低所得Ⅰ:Ⅰ、低所得Ⅱ:Ⅱ、一般・一般Ⅰ・一般Ⅱ:Ⅲ、現役並みⅠ:Ⅳ、現役並みⅡ:Ⅴ、現役並みⅢ:Ⅵ

【注意事項及び記入例】

注意事項

- ・特定医療費証明書は、認定された疾病及びその疾病に付随して発症する傷病に対する医療(特定医療)に係る医療費等を確認するものです。
- ・同一月内で公費併用レセプト(法別54)で請求した医療費又は介護サービス費がある場合、当該医療費等についてはこの証明書での償還はできませんので注意してください。
- ・54公費併用で請求をしているレセプトについては、原則この用紙での証明ができません。**上限額の変更に伴う、過払い分の払い戻しの場合は、上限額管理票のコピーが証明の代わりとなります**ので、この用紙での証明は不要です。受給者から依頼があった場合は、その旨お伝えください。**上限額管理票の紛失等により証明を依頼されて、この用紙にて証明いただく場合は、備考欄に必ず54公費にて請求済みである旨の記載をお願いします。**
- ・受給者証に記載された**認定疾病と有効期間**を確認のうえ、記入してください。
- ・1行につき**請求明細書(レセプト)単位**で記入をお願いします。
- ・認定された疾病によりサービス提供を行った場合のみ証明を行ってください。

特定医療費証明書(訪問看護・医療系介護サービス用)

受給者番号	受診者氏名				※(A)欄には受給者証の有効期間内に支払った、認定された疾病にかかる訪問看護サービスについてのみご記入ください。(B)欄には連絡事項等をご記入ください。				
123456	1	2	3	4	5	6	7	8	
利用年月	サービス内容 1~7のいずれかに○ 下部の※1参照	1か月の 総利用 日数	左記のうち 有効期間内 の日数	介護給付明細書による 1か月の総単位数 (医療保険の場合は 1か月の医療費総額)	左記のうち有効期間内 の単位数 (医療保険の場合は有 効期間内の医療費総 額)	保険種別 自己負担割合 単位数単価(介護保険の場合)	高所得者の 所得区分 (下部の ※2参照)	備考	
令和2年 10 月	① 2 3 4 5 6 7	5	4	50,000	45,000	⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺	⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺	ア・イ・ウ エ・オ Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ Ⅳ・Ⅴ・Ⅵ	

上限額管理票の紛失等により受給者から証明を希望されて、54公費併用で請求しているレセプトについて、特定医療費対象分の証明をして頂く場合は、備考欄に54公費にて請求済みである旨を明記してください。(特定医療費の一部適用もれ等については、償還払いでは対応できません。)

- ①は下部に記載の※1の1~7の内容を参照し、提供したサービス内容に○をつけてください。
- ②は受給者証の有効期間に関わらず、該当月にサービスを提供した日数を記入してください。
- ③は受給者証の有効期間内にサービスを提供した日数を記入してください。②と同じ場合は、同じ日数を記入してください。
- ④は受給者証の有効期間に関わらず、1か月の総単位数(訪問看護を医療保険で行った場合は医療費総額)を記入してください。
- ⑤は受給者証の有効期間内に提供した特定医療費対象サービスの単位数(訪問看護を医療保険で行った場合は医療費総額)を記入してください。④と同じ場合は、同じ点数を記入してください。
- ⑥は保険の種別(医療保険対象サービスの場合のみ)、介護保険又は医療保険(主保険)の自己負担割合を選択してください。介護保険の場合は、当該サービスに適用されている単位数単価についても記載をお願いします。
- ⑦は所得区分を選択してください。
- ⑧の備考欄には名古屋市への伝達事項等をご記入いただく欄となります。受診者が特定医療費対象外のサービスも受けている場合は対象の提供日等についての記入にご協力をお願いします。

介護医療院サービスの場合はこちらに記入してください

利用年月	1か月の 利用 日数	有効期間内 の日数	介護給付明細書 による 1か月の総単位数	左記のうち 有効期間内 の単位数(A)	特定診療費 (利用者負担額)	備考
令和2年 10 月	3	3	3,750	3,750	4,005	

介護医療院サービス利用者の証明はこちらに記入してください。
特定診療費は利用者負担額を記入してください。備考欄には単位数単価のほか、名古屋市への連絡事項があればご記載ください。

上記のとおり証明します

なお、記載したサービス分につき、国民健康保険団体連合会及び社会保険診療報酬支払基金を通して当該54公費を併用したレセプト請求をしておらず、今後も行いません。

令和3年 1月 15日

医療機関コード

都道府県番号も含めた10桁のコードを記載
3桁目は点数表番号(医科:1 歯科:2
調剤:4 訪問看護:6 介護医療院:B)

23B × × × × × × × ×

所在地 × × × × × × × × × ×

指定医療機関名 ● ● ● 介護医療院

代表者 △ △ △ ○ ○ ○

電話番号 (052) 345-6543

証明内容について問い合わせをさせていただくことがあります。その際に内容のわかる方お電話がにつながるよう、電話交換等、取次が必要な場合は部署名等もご記載ください。

所属部署名 □ □ 課

担当者名 ◇ ◇ ◇ ◇

担当者名は必ず記載してください。