

サービス提供証明書

(介護保健施設サービス)

公費負担者番号		令和		年		月		分
公費受給者番号		保険者番号						

被保険者	被保険者番号									
	(フリガナ)									
	氏名									
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和	性別	1.男 2.女						
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5								
認定有効期間	令和		年		月		日	から		
	令和		年		月		日	まで		
事業者	事業所番号									
	事業所名称									
	所在地	〒			-					
連絡先	電話番号									

入所年月日	令和		年		月		日	退所年月日	令和		年		月		日	入所実日数		外泊日数	
主傷病																			
退所後の状況	1.居宅 2.医療機関 3.介護老人福祉施設 4.介護老人保健施設 5.介護療養型医療施設 6.認知症対応型共同生活介護 7.特定施設入居者生活介護 8.その他 9.介護医療院																		

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
	合計							

所定疾患施設療養費	①	傷病名				所定疾患施設療養開始年月日	①令和			年		月		日
	②	傷病名					②令和			年		月		日
	③	傷病名					③令和			年		月		日
緊急時治療管理	①	傷病名				緊急時治療開始年月日	①令和			年		月		日
特定治療	リハビリテーション		点	摘要										
	処置		点											
	手術		点											
	麻酔		点											
	放射線治療		点											
往診日数		医療機関名		通院日数		医療機関名								

特別療養費	傷病名																	
	識別番号	内容	単位数	回数	保険分単位数	公費回数	公費分単位数	摘要										
	合計																	

請求額集計欄	区分	保険分	公費分	保険分特定治療・特別療養費	公費分特定治療・特別療養費
	①点数・単位数合計				
	②点数・単位数単価		円/単位	10円/点・単位	10円/点・単位
	③給付率	/100	/100	/100	/100
	④請求額(円)				
⑤利用者負担額(円)					

特定入所者介護サービス費	サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
	合計									
							保険分請求額(円)		公費分請求額	公費分本人負担月額