

【記載要領】

様式5-2

感染救済給付用
受診証明書

(1)	フリガナ 患者の氏名	キコウ タロウ 機構 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	(2) 生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	13 年 4 月 1 日
(3)	フリガナ 現住所	トウキョウト チョダク カスミガセキ 東京都千代田区霞が関 3-3-2				
(4)	請求に係る生物由来製品等を介した感染等によるものとみられる疾病の名称又は症状	B型劇症肝炎				
(5)	請求に係る医療を行った日数		31 年 2 月分	31 年 3 月分	31 年 4 月分	
	入院外診療実日数		2 日		日	
	入院実日数		7 日	20 日	30 日	
(6)	医療保険等の自己負担額分	入院外	20 日 520 円 21 日 560 円 日 円 日 円 日 円	日 円 日 円 日 円 日 円 日 円	日 円 日 円 日 円 日 円 日 円	
	入院	22 日～ 28 日 57,600 円 日～ 日 円	1 日～ 3 日 2,500 円 15 日～ 31 日 0 円	1 日～ 30 日 2,500 円 日～ 日 円		
(7)	自己負担額がない理由	15～31 日は〇〇医療費受給者証により自己負担額超過のため 0 円				

上記のとおり、請求に係る疾病について医療を行ったことを証明します。

令和 1 年 5 月 22 日

病院、診療所又は薬局の名称 医療法人 南北病院

所在地 (〒 100 - 0013) 東京都千代田区〇〇〇4-5-6

電話番号 03-xxxx-xxxx

管理者の氏名 南北 太郎

救済給付に関わる問い合わせ窓口

部署名 文書課

担当者名 東西 次郎

受診証明書を作成される方への記入要領

(5) 及び (6) の欄は、(4) の請求に係る疾病について、医療を行った日数及び医療費の自己負担を次により、入院外と入院に分けて記入してください。

なお、3か月を超える場合は、別紙に記入して下さい。

● (4) の請求に係る疾病以外の疾病の診療日は、含めないで下さい。

● 同一日に入院外診療と入院がある場合は、その日は入院として記入し、入院外に記入しないで下さい。

● (4) の請求に係る疾病について、健康保険等の保険給付の対象となる医療に要した費用のうちで、自己負担額を記入して下さい。

〔(4) の請求に係る疾病以外の疾病に係る医療費、差額ベッド代・文書料等の健康保険法に該当しないもの及び食事の標準負担額等は含めないで下さい。〕

● 入院外診療の自己負担額は、診療日毎に記入して下さい。

〔自己負担額がない場合についても、診療日毎に0円と記入し、欄外に自己負担がない理由を記載して下さい。〕

※この証明書の提出後に、医薬品医療機器総合機構が指定する入院期間だけの自己負担額についての証明をお願いすることがありますので、あらかじめご承知おき願います。

(注意)

- 1 (1)～(3)の欄は、請求に係る疾病について医療を受けた者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入して下さい。
- 2 (4)の欄には、請求に係る疾病の名称を記入して下さい。
なお、適当な名称がない場合には、症状を簡潔に記入して下さい。
- 3 (5)の欄は、(4)の疾病について医療を行った日数をひと月ごとに入院実日数又は入院外診療実日数別に記入して下さい。
- 4 (6)の欄は、(4)の疾病について、月ごとの医療費の自己負担額（差額ベッド代、文書料等の健康保険法に該当しないもの及び食事療養標準負担額を除く。）を入院及び入院外に分けて記入して下さい。その際、日付についても記載して下さい。
- 5 (7)の欄は、自己負担額がある場合記載の必要はありません。
- 6 入院により(4)の疾病の治療と(4)の疾病以外の疾病の治療とを並行して行っている場合において、(4)の疾病のみでは入院を要すると認められないときの医療を行った日数については、入院実日数欄ではなく、入院外診療実日数欄に記入して下さい。
- 7 この証明書について、後日、医薬品医療機器総合機構が指定する期間のみの自己負担額等について照会する場合がありますので予め御承知おき願います。

(別紙)

(氏名 機構 太郎)

請求に係る医療を行 った日数		1 年 5 月分	年 月分	年 月分
	入院外診療実日数	日	日	日
	入院実日数	21 日	日	日
医療保険等の 自己負担額分	入院外	日 円	日 円	日 円
		日 円	日 円	日 円
		日 円	日 円	日 円
		日 円	日 円	日 円
		日 円	日 円	日 円
	入院	1 日～ 21 日 0 円 日～ 日 円	日～ 日 円 日～ 日 円	日～ 日 円 日～ 日 円
自己負担額がない理由		〇〇医療費受給者証により自己負担なし		
年 月分		年 月分	年 月分	年 月分
日		日	日	日
日		日	日	日
日 円		日 円	日 円	日 円
日 円		日 円	日 円	日 円
日 円		日 円	日 円	日 円
日 円		日 円	日 円	日 円
日 円		日 円	日 円	日 円
日～ 日 円		日～ 日 円	日～ 日 円	日～ 日 円
日～ 日 円		日～ 日 円	日～ 日 円	日～ 日 円
年 月分		年 月分	年 月分	年 月分
日		日	日	日
日		日	日	日
日 円		日 円	日 円	日 円
日 円		日 円	日 円	日 円
日 円		日 円	日 円	日 円
日 円		日 円	日 円	日 円
日 円		日 円	日 円	日 円
日～ 日 円		日～ 日 円	日～ 日 円	日～ 日 円
日～ 日 円		日～ 日 円	日～ 日 円	日～ 日 円

令和 1 年 5 月 22 日

病院、診療所又は薬局の名称 医療法人 南北病院
所在地 (〒 100 - 0013) 東京都千代田区〇〇〇4-5-6
電話番号 03-xxxx-xxxx
管理者の氏名 南北 太郎