様式10－2

特定疾患訪問看護療養費証明書
（医療保険用）

診療年月	総訪問日数	左記のうち、有効期間内の日数	指定訪問看護費用総額	左記のうち、有効期間内かつ対象疾患に係る指定訪問看護費用	自己負担割合	行政記載欄
年　月	日	日	円	円	一般（2割・3割） 高齢受給者（1割・3割） 後期高齢（1割・2割・3割）	円
年　月	日	日	円	円	一般（2割・3割） 高齢受給者（1割・3割） 後期高齢（1割・2割・3割）	円
年　月	日	日	円	円	一般（2割・3割） 高齢受給者（1割・3割） 後期高齢（1割・2割・3割）	円
年　月	日	日	円	円	一般（2割・3割） 高齢受給者（1割・3割） 後期高齢（1割・2割・3割）	円
年　月	日	日	円	円	一般（2割・3割） 高齢受給者（1割・3割） 後期高齢（1割・2割・3割）	円
年　月	日	日	円	円	一般（2割・3割） 高齢受給者（1割・3割） 後期高齢（1割・2割・3割）	円

上記のとおり証明します

年　　月　　日

医療機関コード	2	3	1						

〒

所　在　地

事　業　所　名

代　表　者　職・氏名

電　話　番　号　（　　）　　－　　証明担当者名

<医療機関・調剤薬局の方へ>

1 対象疾患と承認期間を確認の上、**指定（老人）訪問看護ステーションの方が黒枠内を記入**してください。

2 「承認期間内でかつ対象疾患に係る指定訪問看護費用」は、受給者票に記載されている承認期間内における対象疾患に係る訪問看護費用を抽出してください。

3 法別51の公費併用レセプト請求を行っている診療年月分について証明をされると、二重請求になりますのでご注意ください。

4 記載内容に不明な点がある場合は、県庁から問い合わせをしますので、電話番号及び証明者名は必ず記載してください。

5 介護保険による訪問看護については、様式11-1に証明をしてください。