

第17号様式（第17条関係）

特定医療費（肝がん・重度肝硬変入院医療）証明書

年 月分（証明書は月ごとに作成をお願いします）

受給者番号		受給者 生年月日	年 月 日
受給者氏名		参加者証 有効期間	年 月 日～ 年 月 日

※当月の肝がん・重度肝硬変に係る入院医療について、記載してください。

肝がん・重度肝硬変による入院期間	年 月 日 ～ 年 月 日
健康保険等 負担割合 (いずれかに○)	3割 ・ 2割 ・ 1割 ・ 高額療養費適用
肝がん・重度肝硬変に係る医療費 (点数×10)	円
受給者からの 領収額 (受給者負担額)	円

上記のとおり、患者負担金は受給者より領収済みであり、公費併用レセプトにより国保連合会及び社会保険支払基金へ請求していないことを証明します。

年 月 日

所在地

医療機関等名称

代表者名

印