

サービス提供証明書

(介護老人保健施設における短期入所療養介護)

公費負担者番号		平成		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	平成		年		月		日	から
	平成		年		月		日	まで
請求事業者	事業所番号							
	事業所名称							
	所在地	〒			-			
	連絡先	電話番号						

居宅サービス計画	1.居宅介護支援事業者作成	2.被保険者自己作成					
	事業所番号						
	事業所名称						
入所年月日	平成		年		月		日
退所年月日	平成		年		月		日
短期入所 実日数							

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							

緊急時施設療養費	緊急時傷病名	① ② ③	緊急時治療開始年月日	①平成 ②平成 ③平成	年	年	月	月	日	日	
	緊急時治療管理(再掲)	単位	単位×	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								
	合計	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								

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計画単位数				
②限度額管理対象単位数				
③限度額管理対象外単位数				
④給付点数・単位数				
⑤点数・単位数単価	円/単位		10円/点・単位	10円/点・単位
⑥給付率	/100	/100	/100	/100
⑦請求額(円)				
⑧利用者負担額(円)				

介護特定入所者サービス費	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