埼玉県様式８－２（肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業）

㋐　　　　　　　　　　　　　　**療　養　証　明　書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者名 | |  | | | |
| 対象疾患 | 肝がん・重度肝硬変 | | | 対象  医療 | ①対象疾患の入院医療  ②肝がんの分子標的薬又は肝動注化学療法にかかる外来医療 |
| 有　 効　 期　 間 | | | 年　　月　　日 ～　　　　　　　　年　　月　　日 | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 患者の負担の割合 | １割　　・　　２割　　・　　３割 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 診療月 | 区　分 | １か月分の  レセプト  総日数 | 左記のうち有効期間内  の日数 | １か月分の  レセプト  総点数 | 左記のうち、  有効期間内かつ  対象疾患に係る  保険点数　㋑ | 窓口での  患者負担額  ㋒ | 交付負担額  （この欄は記入しないでください。 |
| 年  月 | 入  ・外 |  |  |  |  |  |  |
| 年  月 | 入  ・外 |  |  |  |  |  |  |
| 年  月 | 入  ・外 |  |  |  |  |  |  |
| 年  月 | 入  ・外 |  |  |  |  |  |  |
| 年  月 | 入  ・外 |  |  |  |  |  |  |

　上記のとおり証明します。

　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　 　　 名　称

　㋓肝がん・重度肝硬変　　　　　　　 所在地

　　治療研究促進事業指定医療機関　代表者名

　　／保険薬局

　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

担当者名

注１）㋐ 「参加者証」に記載されている内容を確認の上、記入してください。

㋑「有効期間内でかつ対象疾患に係る保険点数」は､参加者証に記載されている有効期間内で対象疾患に係る保 険点数のみを抽出して記入してください。

㋒「窓口での患者負担額」は、当該診療月における窓口での保険分支払額合計を記入してください（私費、自

費、食事療養及び生活療養を含めないでください。）。

㋓ 記載内容に不明点がある場合は、保健所又は県庁から問い合わせをいたしますので、上記「医療機関等」の

電話番号及び**担当者名**は必ず記載するとともに、この療養証明書をコピーし保管いただくようお願いします。

注２）この療養証明書は、医療機関ごとに、様式を別にして証明してください。ただし、医療管理票を交付済の場合は

　　　本書の作成は不要となります。