

サービス提供証明書  
(病院・診療所における短期入所療養介護)

公費負担者番号									
公費受給者番号									

平成			年			月	分
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	要支援・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

請求事業所	事業所番号																						
	事業所名称	印																					
	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											

給付費明細欄	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

特定診療費	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							

請求額集計欄	区分	保険分				公費分				保険分特定診療費				公費分特定診療費			
	①計画単位数																
	②限度管理対象単位数																
	③限度管理対象外単位数																
	④給付単位数																
	⑤単位数単価	円/単位								10 円/点				10 円/点			
	⑥給付率	/100				/100				/100				/100			
	⑦請求額（円）																
⑧利用者負担額（円）																	