

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									
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				
				年			月			日							
	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	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		

請求額集計欄	区分	保険分				公費分				保険分特定治療				公費分特定治療			
	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給付対象点数・単位数																
	⑤点数・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）																	

	枚中		枚目
--	----	--	----