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 年　月　日	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		

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	

短期入所計画日数			日	サービス提供日
短期入所実日数			日	

1 2 3 4 5 6 7
8 9 10 11 12 13 14
15 16 17 18 19 20 21
22 23 24 25 26 27 28
29 30 31

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
合　計							

特定診療費

	区分	保険分（単位）	公費分（単位）	傷病名
1.	指導管理等			摘用
2.	単純ｴｯｸｽ線			
3.	ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ			
4.	精神か専門療法			
5.				
6.				
	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点数・単位数合計				
②点数・単位数単価	円/単位		10 円/点	10 円/点
③給付率	/100	/100	/100	/100
④請求額(円)				
⑤利用者負担額（円）				

	枚中		枚目