重度精神障がい者の入院治療に係る保険診療証明書

　　　　年　月診療分　　　　　　　　　受診者

入　院　診　療　科

入院の主たる疾病名

　医療の給付　　　　　保険診療合計点数　　　　　　　　　点

　保険診療金額内訳

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 薬剤一部負担金額 | 負担金額（左欄を除く） |
| その他の疾患診療金額 | ①円 | ②円 |
| 精 神 科 診 療 金 額 | 円 | 円 |
| 合　　　　　計 | 円 | 円 |

　※　①と②の金額は、第６号様式の一部負担金額とそれぞれ同額となる。

　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

医療機関　所在地

薬　　局　名　称

氏　名　　　　　　　　　　　　　　印