

(9) 受診等証明書の記載例（表面）

病院・薬局等の方が記入して下さい

手続様式第11号(第12条関係)

石綿による健康被害の救済に関する法律
受診等証明書

請求書番号	手帳番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	申請書番号
① フリガナ 医療を受けた者の氏名	カンキョウ タロウ 環境 太郎 (男・女)	② 医療を受けた者の生年月日 明治・大正 昭和 平成	30年 6月 15日
③ 医療を受けた者の住所	カナガワケン カワサキシ サイワイク オオミヤチヨウ 神奈川県川崎市幸区大宮町1310 TEL 044-000-0000		
④ 当該証明に係る疾病の名称	⑤ 療養開始日は健康保険法第63条第1項に規定される療養の給付が開始された日を記入してください。 中皮腫		
⑤ 認定疾病(疾病)に係る日	⑥ 証明期間内の認定疾病に対する医療の内容を記入してください。 平成 19年 5月 20日		
⑥ 医療の内容	⑦ 裏面の最下段の合計欄から書き写してください。 診察及び薬剤の支給		
⑦ 当該証明に係る保険医療費の総額	543,930 円		
⑧ 保険医療費のうち自己負担額	入院 111,420円	入院外 56,960円	調剤(院外分) 円 合計金額 168,380 円
⑨ 移送された区間及び移送に要した費用	区間	から	まで 費用 円
⑩ 証明合計金額 (⑧の合計金額+⑨の金 (※内訳は裏面に記入してください。))	⑧ 裏面の最下段の合計欄から書き写してください。 円		
⑪ 当該証明に係る期間	19年 5月 20日分 ~ 19年 7月 13日分		
上記のとおり、認定の申請に係る認定疾病について医療を行ったことを証明します。			
⑨ 転院等で寝台自動車を利用するなど保険の対象となる移送費があった場合は記入して下さい。タクシー代や電車代などの交通費ではありません。			
⑪ 当該証明に係る期間は、療養を開始した日(欄外※参照)から医療手帳交付日の前日までとなります。 認定申請日は、別途請求者の方へ送付している通知文に記載されています。			
氏名: 機構 一			
【参考】健康保険法(療養の給付)第63条 被認定者の疾病又は負傷に関して			

(注)太枠内を記入してください。

(注 意)

1. 証明の対象は、当該証明に係る患者の中皮腫又は肺がん(これらに付随「石綿による健康被害の救済に関する法律」に基づく認定の申請に係る病に係る保険医療費の自己負担分及び移送に要した費用の自己負担分ですこでいう「これらに付随する疾病」とは、中皮腫又は肺がんのいわゆる絆
- ① 中皮腫又は肺がんの経過中又はその進展により当該疾患との関連(中皮腫又は肺がんの遠隔転移、肺がんの癌性胸膜炎、癌性リンパ
- ② 中皮腫又は肺がんを母地として細菌感染等の外因が加わって発症す
- ③ 中皮腫又は肺がんの治療に伴う副作用や後遺症(薬剤性肺障害、放射線肺
2. ④については、上記1に示した中皮腫又は肺がんが付随する疾病も含め、当該証明に「認定疾病(認定の申請に係る疾病)」について、健康保険法第68条第1項等に規定される療養の給付が開始された日をいいます。)を記入してください。
- ※療養を開始した日が当該認定の申請のあった日の3年前の日より前である場合には、当該認定の申請のあった日の3年前の日からの医療費が支給されることとなります。
4. ⑥については④に係る医療の内容を記入してください。
5. ⑦については当該証明に係る医療費の総額(保険外の差額ベッド代、文書料等は含みません。)を記入してください。
6. ⑧については、⑦のうち自己負担額(差額ベッド代、文書料等の健康保険法等において算定しない経費を除く。)について、入院分、入院外分、調剤分に分け、それぞれの額及びそれらの合計金額を記入し、月ごとの内訳は裏面に記入してください。
- なお、自己負担分がない場合には、0円と記載し、欄外にその理由を記入してください。
7. この証明書の内容について、後日、独立行政法人環境再生保全機構より照会する場合があります。
8. 医療機関毎に1枚記入してください。

(10) 受診等証明書の記載例(裏面)「各種費用の内訳」

病院・薬局等の方が記入して下さい

各種費用の内訳

	保険医療費の総額 10割分を記入してください	保険医療費のうち自己負担分			移送に要した自己負担額
		入院 食事療養費は()書きで外数として記入してください	入院外	調剤(院外分)	
19年 5月 分	5/20~5/30 354,060円	5/20~5/30 106,220円 (食)5,200円)			入院時食事療養費、入院時生活療養費は外数として()書きにしてください。
19年 6月 分	6/3~6/5 41,700円	()	6/3 750円 6/4 210円 6/5 11,550円		
19年 7月 分	7/12~7/13 148,170円	()	7/12 10,440円 7/13 34,010円		月内の診療日と被認定者負担額を記入してください。
年 月 分		()			
年 月 分		()			
保険医療費の総額10割分の金額をご記入ください。点数ではありませんのでご注意ください。 保険医療費の自己負担分(健康保険法等で給付される額を除いた額、健康保険法でいうところの一部負担金、標準負担額)をご記入ください。一般の場合は3割の自己負担額をご記入ください。入院時食事療養費および入院時生活療養費は、標準負担額まで公費負担します。					
年 月 分		()			
年 月 分		()			高額療養費の委任払い制度の利用などで、自己負担限度額まで負担していた場合は、欄外にその旨の記入をお願いいたします。
年 月 分		()			
年 月 分		()			表面の指定の欄⑦に書き写してください。
年 月 分		()			表面の指定の欄⑧に書き写してください。
年 月 分		()			
合 計 金 額	表面⑦へ転記してください。 543,930円	表面⑧へ転記してください。 111,420円	表面⑧へ転記してください。 56,960円	表面⑧へ転記してください。 円	表面⑨へ転記してください。 円

※保険医療費の総額とは、中皮腫又は肺がん(これらに付随する疾病を含みます。)に関して行った医療に要した保険医療費の合計額をいいます。

※保険医療費のうち自己負担分とは、上記保険医療費の総額の中の自己負担分をいいます。

※移送とは、寝台自動車等を用いて患者を移すことをいい、患者を診察した医師がその医療上転医、転地が必要であると認めた場合において、入院、転院、転地療養をするのに普通の交通手段では不可能であり、客観的に見てその妥当性が認められるときに行われるものです。

※入院時食事療養費・入院時生活療養費(標準負担額)は、外数として()書きに記入してください。