第6号様式の2(第7条関係)

重度精神障害者の入院治療に係る保険診療証明書　　年　　月診療分

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①と②の金額とそれぞれ同額となる。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年　　月　　日 | 医療機関  薬局 | 所在地  名称  氏名　　　　　　　　　　印 |