

様式第6号の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

	負 担 金 額
その他の疾患診療金額	円
精 神 科 診 療 金 額	円
合 計	円

※ 負担金額は、様式第6号の①の金額と同額となる。

年 月 日

医療機関 所在地
薬 局 名 称

氏 名 印