

療養費支給証明申請書

受給者証 医療証 番号						被保険者証等記号・番号	
						記号	番号
診察等を 受けた者	氏名				生年月日 年 月 日生		
診療等を受けた期間			入院・外来の別		病院等の 名称 所在地		
年 月 日から		入院・外来					
年 月 日まで							

上記の者の療養費の支給について証明してください。

令和 年 月 日

保険者 殿

被保険者等の住所 (〒 - )

氏名



電話 - -

療養費支給証明書

申請の種類						保険給付割合	
1 医科	2 歯科	3 薬剤	4 看護	5 移送	6 補装具	割	
7 生血	8 柔道整復	9 あんま マッサージ	10 はり	11 きゅう	12 その他		
医療費総額						円	
他法負担額						円	
保険者 負担額	法定給付 (高額医療費を除く)					円	
	※ 高額療養費					※ 円	
	※ 付加給付					※ 円	
医療費総額のうち		本人自己負担額				円	

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

保険者

