

療 養 費 支 給 証 明 申 請 書

受給者証 医療証 番号							被 保 険 者 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		
令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			入 院 ・ 外 来			名 称 所在地		

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 1 医科 2 歯科 3 薬剤 4 看護 5 移送 6 補装具 7 生血 8 柔道整復 9 あんま 10 はり 11 きゅう 12 その他 マッサージ						保険給付割合 割
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