療養費支給証明申請書

受給者証 医療証 番号			4	0	0	2	6			被保険者証（組合員証）記号・番号
診療等を受けた者	氏名									被保険者（組合員）氏名
	生年月日 年　月　日生									病院などの名称、所在地
診療等を受けた期間								入院・外来等の区分		
年　月　日から 年　月　日まで								入院・外来・補装具		

上記の者の療養費の支給について証明してください。

年　月　日

保険者殿

被保険者(組合員)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･マッサージ　10はり　11きゅう　12その他		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（高額療養費を除く）	円
	※ 高額療養費	※　円
	※ 付加給付	※　円
医療費総額のうち	本人自己負担金額	円

上記のとおり相違ないことを証明します。

年　月　日

保険者　㊞