

記入例

医療証を見て
ご記入ください

療養費支給証明申請書

健康保険証を見て
ご記入ください

受給者証 医療証 番号	8 1 4 0 0 2 6 9 0 0 0 0 0 0 0	被保険者証（組合員証） 記号・番号	1 2 3 4 ・ 5 6 7
診療等を受けた者 氏名	朝倉 花子	被保険者（組合員）氏名	朝倉 太郎
生年月日	平成 20年 1月 1日生	病院などの名称、所在地	あいうえお病院
診療等を受けた期間	H31年 3月 1日から H31年 3月 31日まで	入院・外来等の区分	〇〇県××市△△1234番地 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。

病院、薬局ごとに、領収書を見てご記入ください

保険者 殿

月ごとに分けて、
ご記入ください

該当区分に○を
つけてください
(それぞれ1枚)

令和 元年 4月 1日

被保険者（組合員）の住所 (〒838-0061)

朝倉市菩提寺412-2

氏名 朝倉 太郎



被保険者（本人）の
住所・氏名をご記
入、押印ください

電話 0946 - 22 - 1111

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 7 生血	
8 柔道整復 9 その他	割
医	円
他	円
保険者	円
負担額	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

◆上記の記入が終わりましたら、保険者へ提出して、この部分に証明をもらってください。

◆提出先は、保険者によって違いますので、事業所（お勤め先）を通じて、または保険証下部に記載されている保険者へ、お問い合わせください。

上記のとおり

●保険者からこの証明書が届いたら、領収書、健康保険証、医療証、通帳、印鑑 と一緒に、市保険年金課または朝倉支所市民窓口係、杷木支所市民窓口係までお持ちください。医療費を払い戻す手続きをいたします。

保険者

印