

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	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 30年 1月 1日生	病院などの名称、所在地	〇〇〇〇病院 〇〇県××市△△1234番地
診療等を受けた期間	R5年 3月 1日から R5年 3月 31日まで	入院・外来等の区分	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。

保 険 者 殿

月ごとに分けて、
ご記入ください
(1月につき1枚)

該当区分に○を
つけてください
(それぞれ1枚)

被保険者(組合員)の住所

被保険者(本人)の
住所・氏名をご記
入、押印ください

年 月 日

(〒838 - 0061)

朝倉市菩提寺412-2

氏名 朝倉 太郎 印

電話 0946 - 22 - 1111

病院、薬局ごとに、領収書を見
てご記入ください

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 その他	保険給付割合	
医	金額	割	円
他	金額		円
保 険 者	金額		円
負 担 額	※ 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。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、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