

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 印

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 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								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 印