

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 ⑩

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	
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 ⑩