

療養費支給証明申請書

医療証番号				被保険者証等記号・番号				
負担者番号							記号	番号
受給者番号								
診察等を受けた者	フリガナ 氏名					生年月日 T・S・H 年 月 日生		
診察等を受けた期間				入院・外来の別		病院等の		
年 月 日 から				入院	・	外来	名称	所在地
年 月 日 まで								

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

御中

住 所

氏 名

印

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 10. はり 11. きゅう 12. その他				割	
医 療 費 総 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	
	世 帯 合 算			有 り ・ 無 し	
	* 有りの場合は内訳が分かる資料を添付願います。				
付 加 給 付				円	
他 法 負 担 額				円	
医療費総額のうち	本 人 負 担 額			円	

* 高額療養費支給対象外の場合はその旨記載願います。

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