

## 療 養 費 支 給 証 明 申 請 書

|                   |         |                    |             |    |
|-------------------|---------|--------------------|-------------|----|
| 受給者証<br>医療証<br>番号 |         |                    | 被保険者証等記号・番号 |    |
|                   |         |                    | 記号          | 番号 |
| 診療等を受けた者          | 氏名      | 生年月日<br><br>年 月 日生 |             |    |
| 診療等を受けた期間         | 入院・外来の別 | 病院等の               |             |    |
| 年 月               | 入院・外来   | 名称<br>所在地          |             |    |

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

被保険者等の住所(〒 )

氏名

電話

## 療 養 費 支 給 証 明 書

|                                                                            |                |        |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------|--------|
| 申請の種類<br>1医科 2歯科 3調剤 4看護 5移送 6舗装具 7生血<br>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 |
|                                                                            |                | 割      |
| 医療費総額                                                                      |                | 円      |
| 他法負担額                                                                      |                | 円      |
| 保険者<br>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