

療 養 費 支 給 証 明 申 請 書

受給者証 医療証 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 年 月 日生	
診療等を受けた期間		入院・外来の別	病院等の 名称 所在地
年 月		入院・外来	

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 1医科 2歯科 3調剤 4看護 5移送 6舗装具 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
		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