

療 養 費 支 給 証 明 申 請 書

受給者証 医療証 番号						被保険者証記号・番号	
						記号	番号
診察等を受けた者	氏 名					被保険者氏名	
	生年月日		年 月 日				
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 日から		年 月 日まで	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 宛

被保険者の住所 (〒 -)

氏名 ㊟

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 柔整 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		A	円
他 法 負 担 額		B	円
保険者負担額	法定給付 (高額療養費を除く)	C	円
	高 額 療 養 費	D	円
	付 加 給 付	E	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