

療 養 費 支 給 証 明 申 請 書

受給者証 医療証 番号							被保険者(組合員)証記号・番号	
							記号	番号
診察等 を受けた者	氏 名						被保険者(組合員)氏名	
	生年月日		年 月 日					
診療等を受けた期間				病院等の名称				
年 月 日から				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。

平成 年 月 日

保 険 者 殿

被保険者(組合員)

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。

平成 年 月 日

保 険 者

印