

療 養 費 支 給 証 明 申 請 書 (健保協会用)

受給者証 医療証 番号						被保険者証の記号・番号	
						記号	番号
診察等を受けた者	氏名					生年月日 明・大・昭・平 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 日から 年 月 日まで			入院 ・ 外来		名称 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

被保険者の住所 (〒 - )

氏名

印

☎ - -

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		円
他法負担額		円
保険者負担額		円
薬剤負担額		円
医療費総額のうち	本人自己負担額	円
食事療養	円 (@ 円 × 日)	

上記のとおり証明します。

年 月 日

保険者

印