

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		
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

被保険者等の住所（〒 — ）

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 柔道整復	9 あんま	10 はり	11 きゅう	12 その他		
マッサージ						割	
医 療 費 総 額						円	
他 法 負 担 額						円	
保 險 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