

# 記入方法

## 療養費支給証明申請書

医療証を見てご記入ください（医療証をお持ちでない方は記入不要）

健康保険証を見てご記入ください

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 日から 年 月 日まで			入院 ・ 外来				

月ごとに分けてご記入ください（1月につき1枚）

どちらかに○をつけてください（それぞれ1枚）

病院、薬局ごとに、領収書を見てご記入ください（1つの病院や薬局ごとに1枚）

被保険者等の住所（〒 - ）

被保険者（本人）の住所・氏名をご記入、押印してください

氏名  
電話 - -

## 療養費支給証明書

申請の種類	●上記の記入が終わりましたら、保険者へ提出して、この部分に証明をもらってください		割合
1 医科 2 歯科 7 生血 8 柔道整復	●提出先は、保険者によって違いますので、事業所（お勤め先）を通じて、または保険証下部に記載されている保険者へお問い合わせください		割
医			円
他	法 負 担 額		円
保 險 者 負 担 額	法定給付（高額療養費を（ ））		円
	※ 高 額 療 養 費		円
医療費総額			円
上記のとおり			円

保険者からこの証明書が届いたら、領収証、通帳など振込先がわかるものと一緒に、うきは市役所 市民生活課 国保・年金係、または、うきは市民センター（うきは市立図書館2階）浮羽市民課までお持ちください

年 月 日

保険者