

## 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・外来の区分			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 (印)

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 険 者 額 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 (印)