# 療養費支給証明申請書

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 負担者番号 | 8 | 0 | 4 | 0 | 1 | 2 | 9 | 2 | 被保険者証等記号・番号 | |
| 受給者番号 | | | | | | | | | 記号 | 番号 |
| 診療等を受けた者 | 氏名 | | | | | | | | 生年月日<br>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<br>年　月　日まで | | | | | | | | | 入院・外来 | 名称<br>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。

平成　　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<br>1. 医科　2. 歯科　3. 薬剤　4. 看護　5. 移送　6. 補装具<br>7. 生血　8. 柔道整復　9. あんま マッサージ　10. はり　11. きゅう　12. その他 | | 保険給付割合<br>割 |
| 医療費総額 | | 円 |
| 他法負担額 | | 円 |
| 保険者負担額 | 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。

平成　　年　　月　　日

保険者　　㊞