

(様式第2号)

療養費支給証明申請書

受給者証 医療証 番号								被保険者(組合員)証記号・番号
診察等を 受けた者	氏名				被保険者(組合員)氏名			
	生年月日	年	月	日				
診察等を受けた期間	年 月 日から 年 月 日まで				病院などの名称・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。 平成 年 月 日

保 険 者 殿

被保険者(組合員)

印

療養費支給証明書

申請の種類 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	保 険 者 負担割合	
医 療 費 総 額	A	割
他 法 負 担 額	B	
保 険 者 負 担 額	法定給付(高額療養費を除く)	C
	高 額 療 養 費	D
	付 加 給 付	E
医療費総額のうち	本 人 自 己 負 担 金 額	F

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

印