

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	
											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			診療の種別			病院などの名称・所在地						
年 月 日から		年 月 日まで		入院・外来								

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（組合員） 住所
氏名

印

療養費支給証明書

申請の種類												保 険 者 負担割合
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 マッサージ	10 はり	11 きゅう	12 その他							
医 療 費 総 額											A	
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	
自己負担区分（区分）											G	現物給付 あり・なし

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