

記入例

- ◎療養費支給証明申請書は県外で受診したときに、2万円以上負担があった場合に提出してください。
- ◎国民健康保険・後期高齢者医療の方は必要ありません。
- ◎用紙が足りないときは、コピー又は、ホームページからダウンロードしてください。

※この申請書兼証明書は高額療養費の支給額を確認するために必要です。

療養費支給証明申請書

受給者証 医療証 番号	0	1	2	3	4	5	6	被保険者（組合員）証 記号・番号	
								記号	番号
氏名 筑紫野 子太郎								被保険者（組合員）氏名	
生年月日 〇〇年 〇月 〇〇日								筑紫野 太郎	
診察等を受けた期間				診療の種別		病院などの名称・所在地			
〇〇年 〇月 〇〇日から				入院・ 外来		〇△□ 病院			
〇〇年 〇月 〇〇日まで									

◎医療機関(病院・薬局等)ごとに記入してください。

太枠内は
保護者記入欄

上記の者の療養費の支給について証明してください。

〇〇年 〇月 〇日

保 険 者 殿

被保険者（組合員）住所 **筑紫野市石崎一丁目1番1号**
氏名 **筑紫野 太郎**

日付・住所・氏名
をご記入ください。
押印(認印で可)
お願いします。

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	保 険 者 負 担 割 合
	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						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
	自 己 負 担 区 分 (区 分)						G
	現物給付 あり・なし						

9割 }
8割 } 等記入
7割 }

保険者記入欄

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

同様の内容が
わかるもので
あれば別に作
成したものを
添付してい
ただいて構い
ません。

※合算分があれば
お知らせ下さい。
(別紙可)

※ご記入方法にご不明な点がある際は、お問い合わせください。
筑紫野市役所 国保年金課 (①番窓口) TEL 923-1111 (内線351・352)