

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							病院などの名称・所在地		
年		月	日から						
年		月	日まで						

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		割
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						F	
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