

療養費支給証明申請書

負担者番号	9	0	4	0	1	2	9	0	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 S・H・R 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 年 月 日まで					入院・外来			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。

令和 年 月 日

保険者 殿

被保険者等の住所（〒 - ）

氏名

印

電話 - -

療養費支給証明書

申請の種類		保険給付割合
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 10. はり 11. きゅう 12. その他 マッサージ		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。

令和 年 月 日

保険者

印