高校生世代入院用

療養費支給証明申請書

負担者番号	8	1	4	0	1	2	9	1	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 平成 ・ 令和　　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	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　　㊞

電話　　－　　－

療養費支給証明書

申請の種類 1. 医科　2. 歯科　3. 薬剤　4. その他（　　） マッサージ		保険給付割合 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　　㊞