

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				入院・外来				名称			
年 月 日まで								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 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 <small style="margin-left: 40px;">マッサージ</small>	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 (印)