

療 養 費 支 給 証 明 申 請 書

受給者証	8 1 4 0 0 0 6 1	被保険者証 記号・番号
医療証 番号		記号 番号
診療を受けた者		生年月日 年 月 日
診療等を受けた期間	入院・外来等の区分	病院等 の名称
年 月 日から	入院・外来・補装具	
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。

年 月 日

保険者殿

(〒 -)
被保険者の住所

氏 名 印

電 話

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 柔整 9 あんまマッサージ 10 はり 11 きゅう 12 その他	割	
医 療 費 総 額	円	
他 法 負 担 額	円	
保 険 者 負 担 額	法定給付（高額療養費除く）	円
	※ 高額療養費	円
	※ 付加給付	円
医療費総額のうち ※平成20年9月診療分までの場合記入 願います。	初診料 円 (初診時の小児科外来診療料 有 の場合は初診料相当分を 初診料のところに記入)	
食 事 療 養	円 (@ 円× 食)	

上記のとおり証明します。

年 月 日

保険者

印