

療養費支給証明申請書

受給者証 医療証 番号						被保険者証等記号・番号	
						記号	番号
診療等を受けた者	氏名				生年月日 年 月 日生		
診療等を受けた期間			入院・外来の別		病院等の 名称 所在地		
年 月 日から 年 月 日まで			入院・外来				

公費医療費の支給申請に必要ですので、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

被保険者等の住所（〒 ）

氏名
電話

(印)

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 <small>マッサージ</small>	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。

年 月 日

保険者

(印)

- ※ 申請書と証明書は、切り離さないでください。 ※ 診療月ごとに、この証明書を提出してください。
- ※ 郵送で保険者とやりとりする場合は返信用封筒を同封して下さい。