(様式第1号)

療養費支給証明申請書

受給者証 医療証 番号						被保険者 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		
年 月 日から			入院・外来		名称		
年 月 日から					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

被保険者等の住所(〒 -)

氏名 ①
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 ①