

## 療養費支給証明申請書の記載方法

(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		
診療等を受けた期間			入院・外来の別		病院等の 名 称 所在					
年	月	日	から	入 院 ・ 外 来						
年	月	日	から							
上記の者の療養費の支給について証明してください。										
保険者 殿										
被保険者等の住所(〒) 年 月 日										
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看護 5移送 6補装具					保険給付割合					
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										
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)										

①該当する種類を○で囲んでください。

②保険での給付割合(9割・8割・7割)を記入してください。

③保険給付の対象となった医療費総額(食事療養費及び生活療養費を除く)を記入してください。

④公費併用の場合、③の医療費総額から、⑤の法定給付した金額と公費の一部負担金(費用徴収額等)を除いた金額を記入してください。

※償還払いの場合、他法適用は考えられないため、0円と記入してください。

⑤保険者が保険給付割合に従って支払った額(食事療養費及び生活療養費を除く)を記入してください。

⑥保険者が高額療養費として支払った額を記入してください。

⑦付加給付がある場合に記入してください。

⑧本人が医療機関で自己負担した金額を記入してください。

※証明書の枠内に記入することが困難な場合は「別紙」と記入し、その内容がわかる書類を添付してください。