

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				入 院 ・ 外 来							
年 月 日から											
<p>上記の者の療養費の支給について証明してください。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>保 険 者 殿</p> <p style="text-align: right;">被保険者等の住所(〒)</p> <p style="text-align: right;">氏 名 ⑤</p> <p style="text-align: right;">電 話 - -</p>											
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			
<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">保 険 者 ⑥</p>											

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は除く)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。