

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		
年 月 日から	入院・外来		名称			
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

被保険者等の住所(〒 -)

氏名

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	割
7 生血	8 柔道整復	9 あんま	10 はり	11 きゅう	12 その他	
マッサージ						
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