

療養費支給証明書の記載方法

(様式第1号)

療養費支給証明申請書

受給者証						被保険者証等記号・番号
医療証						記号
番号						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 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 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		
		割
医療費総額		円
他法負担額		円
保険者 法定給付(高額療養費を除く)		円
負担額 ※ 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 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。