

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 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 年 月 日から 年 月 日まで	入院・外来の別 入 院 ・ 外 来	病院等の 名 称 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。					
保 険 者 殿					
被保険者等の住所(〒 年 月 日 )					
氏名 氏名					
電話 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 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					保険給付割合 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。