

※裏面に記入例がありますので、参考にしてください。

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
診察等を受けた者	氏名				生年月日	
					年 月 日生	
診察等を受けた期間			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・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

