

健康保険組合、共済組合等加入者で、月10,000円以上の医療費がかかった場合にご利用ください。

療養費支給証明申請書

受給者証 医療証 番号					被保険者証 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 年 月 日まで	入院・外来					

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

保険者様

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 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				保険者負担割合	
医療費総額			A	円	
他法負担額			B	円	
保険者負担額	法定給付(高額療養費を除く)		C	円	
	高額療養費		D	円	
	付加給付		E	円	
医療費総額のうち		本人自己負担金額	F	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

