療　養　費　支　給　証　明　申　請　書

受給者証	９　０　４　０　０　０　６　０		被保険者証　　記号・番号
医　療　証 番　号			記　　番 号　　号
診療を受けた者			生年月日 年　　月　　日
診療等を受けた期間		入院・外来の別	病院等 の名称
年　　月　　日			
年　　月　　日			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

（〒　　－　　）

被保険者の住　所

氏　名　　印

電　話

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柔整　９あんまマッサージ　１０はり　１１きゅう　１２その他		保険給付割合 割
医　療　費　総　額		円
他　法　負　担　額		円
保　険　者 負　担　額	法定給付（高額療養費除く）	円
	※　高額療養費	※　　円
	※　付加給付	※　　円
医療費総額のうち ※平成２０年９月診療分までの場合記入願います。	初診料 円 （初診時の小児科外来診療料　　有　　の場合は初診料相当分を初診料のところに記入）	
食　事　療　養	円　（@　　円×　　食）	

上記のとおり証明します。

年　　月　　日

保険者

印