

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	● ● ● ● ● ● ● ●	記号 ● ● ● ● ● ● ● ● 番号 ● ● ● ● ● ● ● ●
診療を受けた者	飯塚 花子	生年月日 平成 ● 年 ● 月 ● 日
診療等を受けた期間	入院・外来等の区分	病院等の名称 ● ● ▲ 病院 所在地 ● ● 県 ▲ ▲ 市 ◆ ◆ ○ 丁目 ★ ★ ビル ● 階
令和 ● 年 ● 月 ● 日から 令和 ● 年 ● 月 ● 日まで	入院 外来 補装具	

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 (〒 ● ● ● ● - ● ● ● ●)
飯塚市新立岩5番5

氏名 **飯塚 太郎** 印 **印**

電話 ● ● ● ● ● - ● ● ● - ● ● ● ● ●

証 明 見 本
記入見本

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 けり 11 きゅう 12 その他	保険給付割合
医療費総額	円	割
他法負担額	円	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)	

赤色部分を記入後に保険者に提出してください。

上記のとおり証明します。

年 月 日

保険者

印