

## 療養費支給証明申請書

被保険者（組合員）証	記号・番号	
被保険者（組合員）	氏名	
診療等を受けた者	氏名	(男・女)
	生年月日	年 月 日
診療等を受けた医療機関	名称	
	所在地	
診 療 月	年 月	
診 療 の 種 類	医科（外来・入院）・歯科・調剤・その他（ ）	

子ども・重度障害者・ひとり親家庭等医療費の申請に必要ですので、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

住所  
被保険者（組合員）氏名 印  
電話番号

## 療養費支給証明書

総点数（診療報酬明細書によるもの以外は総医療額）	点・円	
他 法 負 担 額	円	
保 険 者 負 担 額	保 險 給 付 割 合	割
	法定給付（高額療養費を除く）	円
	高 額 療 養 費	円
	附 加 給 付	円
医療費総額のうち本人自己負担金額		円
診 療 日 数	日	

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

**記入例**

※上段を記載し、保険者へ郵送してください、保険者から下段が記載された証明書が届いたら、市役所で払い戻しの申請をしてください。

### 療養費支給証明書

被保険者（組合員）証	記号・番号	〇〇〇〇・◇◇ ※受診者の保険証にある記号・番号
被保険者（組合員）	氏名	筑後 太郎 ※保険証の被保険者名を記載
診療等を受けた者	氏名	筑後 花子 ※受診者名を記載 (男・ <b>女</b> )
	生年月日	〇〇年 〇月 〇日 ※受診者の生年月日を記載
診療等を受けた医療機関	名称	筑後病院 ※病院名を記載
	所在地	筑后市大字和泉〇〇番地 ※病院の住所を記載
診療月	令和〇〇年 〇月	※受診月を記載 (月が異なる場合は、月毎に作成)
診療の種類	医科 ( <b>外来・入院</b> )・歯科・調剤・その他 ( )	

子ども・重度障害者・ひとり親家庭等医療費の申請に必要ですので、上記の者の療養費の支給について証明してください。

〇〇年 〇月 〇日

保険者様

住所 筑后市大字山の井898番地

被保険者（組合員）氏名 筑後 太郎 **印** ※送付日および被保険者の住所・氏名を記入し、押印する。  
電話番号

※以下は、保険者記入欄のため、  
記入不要です。

### 療養費支給証明書

総点数（診療報酬明細書によるもの以外は総医療額）	点・円	
他法負担額	円	
保険者負担額	保険給付割合	割
	法定給付（高額療養費を除く）	円
	高額療養費	円
	附加給付	円
医療費総額のうち本人自己負担金額	円	
診療日数	日	

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