

(様式第 2 号)

療養費支給証明申請書

受給者証 医療証 番号	4 0 0 6 1	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 T・S・H 年 月 日生
	診療等を受けた期間 年 月 日から 年 月 日まで	入院 外来の別 入院 ・ 外来	病院等の 名称 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

健康保険 殿

住所

氏名

印

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 10.はり 11.きゅう 12.その他 マッサージ	保険給付割合	
医療費総額	円 割	
他法負担額	円	
保険者 負担額	法廷給付(高額医療費を除く)	円
	※高額療養費	※ 円
	※付加給付	※ 円
医療費 総額 のうち	初診料(初診時の小児科外来診療料が有る 場合は、初診療相当分を記入)	円
	往診料	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