

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 | T・S・H 年 月 日 |
| 診療等を受けた医療機関等の | 所在地 | |
| | 名称 | |
| 診療月 | 平成 年 月診療 | |
| 診療の種類 | 医科（入院・外来） 歯科 調剤 その他（ ） | |

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

平成 年 月 日

保険者 殿

被保険者（組合員） 住所
氏名 印
(電話)

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、総医療費） | | 点・円 |
| 診療実日数（うち、公費利用日数） | | 日（ 日） |
| 明 | 公費分 <small>（公費がある場合のみ記入）</small> | 点 数 |
| | | 一部負担金額 |
| 細 | 乳障親給付 対象外分(※) | ⑪ 初診料点数 |
| | | (⑭在宅のうち)往診料点数 |
| 保険者負担額 | | 法定給付(7・8・9割) |
| | | 高額療養費(現物給付) |
| | | 高額療養費(現金給付) |
| | | 付加給付 |

※平成20年9月以前の診療分で初診料・往診料がある場合のみ記入

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

保険者 印