

## 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。

保険者 殿

平成 年 月 日

被保険者（組合員） 住所

氏名

（電話

印

）

## 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