

療養費支給証明申請書

受給者証 医療証 番号								被保険者証等記号・番号	
								記号	番号
診療等を受けた者	氏名						生年月日		
							昭・平・令	年	月
診療等を受けた期間		入院・外来の別		病院等の					
年 月 1日から			入院・外来	名称					
年 月 末日まで				所在地					

豊前市(子ども・重度障害者・ひとり親家庭等)医療費支給申請の添付書類として利用しま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。
 なお、この証明書の受領については豊前市に委任します。

保険者 殿

被保険者(組合員)

療養費支給証明書

①申請の種類						②保険給付割合	
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 マッサージ	10はり	11きゅう	12その他	割	
③ 医 療 費 総 額						円	
④ 他 法 負 担 額						円	
⑤ 法定給付(高額療養費を除く)						円	
保険者負担額		⑥ ※ 高 額 療 養 費 ※				円	
		⑦ ※ 付 加 給 付 ※				円	
医療費総額のうち		⑧ 本 人 自 己 負 担 金 額				円	

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

保険者