

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 昭和・平成・令和 年 月 日生	
診療等を受けた期間				入院・外来の別		病院等の		
平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで				入 院 ・ 外 来		名 称 所在地		

公費医療費の支給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。

令和 年 月 日

保 険 者 殿

被保険者等の住所（〒 — ）
直方市

氏名 ⑩
電話

療 養 費 支 給 証 明 書

申請の種類						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	
医 療 費			総 額			円	
他 法			負 担 額			円	
保 険 者 負 担 額		法定給付（高額療養費を除く）				円	
		※ 高 額 療 養 費				※ 円	
		※ 付 加 給 付				※ 円	
医療費総額のうち		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 ⑩

※ 申請書と証明書は、切り離さないでください。 ※ 診療月ごとに、この証明書を提出してください。
※ 郵送で保険者とやりとりする場合は返信用封筒を同封して下さい。

『療養費支給証明書』記載にあたっての注意

療養費支給証明申請書

負担者 番号						被保険者証 記号・番号	
						記号	番号
受給者 番号							
診療等 を受けた者	氏名					生年月日	年 月
診療等 を受けた期間	入院・外来の別	病院等の 名称 所在地					
年 月 年 月	入院 ・ 外来						

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

被保険者の住所等

〒
住所

氏名

印

連絡先電話

療養費支給証明書

①

申請の種類		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柔道整備 9あんま10はり 11きゅう12その他		② 割
医療費総額		③ 円
他法負担額		④ 円
保険者 負担額	法定給付(高額療養費除く)	⑤ 円
	※ 高額療養費	※ ⑥ 円
	※ 付加給付	※ ⑦ 円
医療費総額のうち 本人自己負担金額		⑧ 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

① 申請の種類

該当する種類を○で囲んでください。

② 保険給付割合

保険での給付割合(9割・8割・7割)を記入してください。

③ 医療費総額

保険給付の対象となった医療費総額(食事療養費と生活療養費を除く)を記入してください。

④ 他法負担額

公費併用の場合、③の医療費総額から、⑤の法定給付した金額と公費の一部負担金(費用徴収額等)を除いた額を記入してください。

※償還払いの場合、他方適用は考えられないため0円と記入してください。

⑤ 法定給付(高額療養費を除く)

保険者が、保険給付割合に従って支払った額(食事療養費と生活療養費を除く)を記入してください。

⑥ 高額療養費

保険者が、高額療養費として支払った額を記入してください。

⑦ 付加給付

付加給付がある場合に記入してください。

⑧ 自己負担額

本人が、医療機関で自己負担した金額を記入してください。

※ 証明書の枠内に記入することが困難な場合『別紙』と記入し、その内容が分かる書類を添付してください。

【問い合わせ先】

直方市役所 保険課 0949-25-2113