

療 養 費 支 給 証 明 申 請 書

受給者証 医療証 番号	8	0	4	0	1	3	4	2	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	
									大・昭・平 令・西暦 年 月 日生	
診療等を受けた期間		入院・外来の別							病院等の	
年 月 日から 年 月 日まで		入 院 ・ 外 来							所在地 名称	

みやこ町(子ども・青少年・重度障がい者・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みやこ町に委任します。

保 険 者 様

(〒 -)

被保険者等の 住 所

氏 名

TEL () -

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	割
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	
③ 医 療 費 総 額						円
④ 他 法 負 担 額						円
保険者負担額	⑤ 法 定 給 付 (高 額 療 養 費 を 除 く)					円
	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。

年 月 日

保険者