

療養費・付加給付金等 支給証明願

[私・私の被扶養者_____]にかかるとする_____年_____月分療養費の支給について、下記の通り証明願います。

年 月 日
組合理事長（常務理事）様

被保険者証	記号		番号	
被保険者氏名		⑩		

注意 この証明は保険請求事務手続きの関係上、診療月から約2ヵ月後でないとい証明を受けることができません。

証 明 書

保険加入者氏名 (受給者氏名)		受診医療 機 関 名	
生年月日	年 月 日	受診期間	年 月分

保険加入者負担金額(窓口)	B. 療養費 支給決定額	↑ A. 療養に 要した金額 ↓	A. 療養に要した費用 (=保険請求点数×10)	円
	(定率負担した上での 最終自己負担金額)		B. 療養費支給決定額 (保険請求で保険者が支払う額)	円
	C. 高額療養費 D. 付加給付金		C. 高額療養費	円
			1. 支給予定 2. 支給済 3. 不支給 4. 上位所得者のため支給規定額以下	
			D. 付 加 給 付 金	円
			1. 支給予定 2. 支給済 3. 不支給	
			高額・付加給付金等に世帯合算がある場合、合算対象となる上記加入者以外の窓口負担金額の合計	
			_____円	
付加給付支給基準は、_____年 月診療分より被保険者負担額が _____円以上のとき _____端数 _____円未満は切り捨て				

上記の通り相違ないことを証明する。

年 月 日
組合理事長（常務理事）

⑩