

療養費・付加給付金等支給証明願

(世帯合算用)

[_____ , _____] にかかる _____ 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ヵ月後でない証明を受けることができません。

証 明 書

受診期間 _____ 年 _____ 月分

保険加入者氏名		保険加入者氏名	
生 年 月 日	年 月 日	生 年 月 日	年 月 日
外来療養に要した費用 (点数×10)	円	外来療養に要した費用 (点数×10)	円
外来療養費支給決定額 (保険請求で保険者が支払う額)	円	外来療養費支給決定額 (保険請求で保険者が支払う額)	円
入院療養に要した費用 (点数×10)	円	入院療養に要した費用 (点数×10)	円
入院療養費支給決定額 (保険請求で保険者が支払う額)	円	入院療養費支給決定額 (保険請求で保険者が支払う額)	円

高額療養費	_____ 円	付加給付金	_____ 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		1. 支給予定 2. 支給済 3. 不支給 4. 支給制度なし	
高額・付加給付等に上記以外の対象者が 合算される場合の窓口負担金		入院: _____ 円 外来: _____ 円	
付加給付支給基準	年 月診療分より		
被保険者負担額が	(<input type="checkbox"/> 1レセプト <input type="checkbox"/> 1ヶ月計)	円以上のとき 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)