

医療費および療養費等支給証明書

私または私の被扶養者である次の者が、太子町福祉医療費助成条例による医療費の助成を受けるために必要ですので、健康保険により給付された医療費および療養費等に関して次の事項を証明してください。

令和 年 月 日提出

申請者

住所

氏名

電話 - -

受給者	氏名	(大・昭・平 年 月 日生)	公費負担医療 の受給者番号						
保険証	保険証の名義		記号	番号					
			保険者番号						
医療を受けた期間		年 月 から 年 月 まで							

医療費および療養費等支給証明書

診療年月	受けた医療の内容		日数	医療機関名等	医療費総額(円)	療養費決定額 (7・8割)	高額療養費額	付加給付金額
・	医科 歯科 調剤 補装具 柔整	入外						
・	医科 歯科 調剤 補装具 柔整	入外						
・	医科 歯科 調剤 補装具 柔整	入外						
・	医科 歯科 調剤 補装具 柔整	入外						
・	医科 歯科 調剤 補装具 柔整	入外						
・	医科 歯科 調剤 補装具 柔整	入外						
・	医科 歯科 調剤 補装具 柔整	入外						

※証明依頼事項に該当するすべてのレセプトについて記載して下さい。高額療養費額欄および付加給付金額欄は被保険者からの支給申請の有無に係らず該当する金額を記載して下さい。

上記のとおり相違ないことを証明する。

令和 年 月 日

組合理事長(所長)