

別記第4号様式

療養給付費証明願

健康保険の種類	政管・船員・日雇・共済・組合・国組・国保・後期高齢者医療		
健康保険証記号番号	—		
受給者 福祉医療	住所	周南市	
	氏名	男・女	年 月 日
	福祉医療受給者証記号番号	—	
診療区分	年 月分	入院・入院外	
医療機関・科			
このことについて、下記に証明してください			
年 月 日			
被保険者氏名			印
保険者様			

証 明 書				(保険者が記入)	
医療機関・科				科	
診療日数	入院・入院外			日	
医療費総額 (10割)					
保険外給付額 (更生・育成・養育医療等)					
療養の 給付	保険者	保険給付額 (高額療養費を含む)			
	負担額	附加給付額 (保険者独自の給付)			
	本人	医療費 (保険給付、高額療養費、附加給付等を引く)			
	負担額	薬	剤	負	担
食事療養	標準負担額 (円/日× 日)				
上記のとおり相違ありません。					
年 月 日					
保険者				印	

この証明書は、重度心身障害者、乳幼児及び母子・父子家庭に対する医療費を助成するためのものです。ご協力いただきますようお願いいたします。

以下※印欄には記入しないでください。

※ 支給 決定 額	療養の給付 (本人負担額 円 : 領収金額 円)	¥
	薬剤負担額	¥
	食事療養 (助成額 円/日× 日)	¥
	合計	¥