

療養給付費支給証明願

被保険者証の記号・番号		記号			番号	
療養等を受けた者	氏名		性別	男 女	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日
診療区分		令和 年 月診療分（医科入院・医科外来・歯科入院・歯科外来・調剤）				
医療機関の名称						

福祉医療費（療養費）の支給申請のため必要ですので、上記の事項について証明してください。
なお、湯沢市長に貴保険者から給付内容について証明することを承諾します。

保険者 令和 年 月 日
様

被保険者 住 所

氏 名 ⑩

電 話 — —

証 明 欄

申請の種類				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 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				割	
診 療 日 数				日	
医 療 費 の 総 額 （食事療養を除く）				円	
他 法 負 担 額				円	
医療費総額のうち	保険者負担額		法定給付（高額療養費を除く）		円
			被保険者・家族高額療養費		円
			付加給付等		円
	本人自己負担額		円		

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

保険者

⑩