

# 療養費支給申請書

〇〇年 〇月分

療養費の支給を受けたいので、次の証明書を添えて申請します。

〇〇年 〇月 〇〇日

申請額	(空白で構いません)円
-----	-------------

**記入例**

申請者

住所：(〒 123—1234 )

熊本県熊本市水前寺〇丁目〇—〇

氏名： 熊本 太郎

印

電話番号： 123 (456) 7890

生年月日： 明・大・昭 〇年 〇月 〇日

熊本県知事 様

受給者番号

〇〇〇〇〇〇〇(7ケタ)

記入・捺印(認印で可)ください。

# 療養給付証明書

年 月分

患者名			住所			
生年月日	明・大・昭	年 月 日				
傷病名	(1)	保険の種別	(本人・被扶養者)	診療実日数	入院外来	日 日
	(2)					
	(3)	他制度適用状況		/		
療養に要した費用	総療養費 (レセプト請求点数×10円)		円			
	保険診療に係る自己負担金額 (合計)		円			
	内訳	療養費	円			
		入院時食事療養費 または 入院時生活療養費の負担額	円			

上記のとおり療養の給付を行ったことを証明します。

年 月 日

都道府県コード	医療機関コード (7ケタ)

所在地 (〒 — )

医療機関

名称

電話番号

開設者氏名

印

記入不要

何も記入されず提出してください。

