

# 療養費支給申請書

年 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。

年 月 日

|     |   |
|-----|---|
| 申請額 | 円 |
|-----|---|

申請者

住所：（〒 — ）

氏名：

電話番号：（ ）

生年月日：明・大・昭 年 月 日

熊本県知事 様

受給者番号

# 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<br>他制度適用状況                    | (本人・被扶養者) | 診療実日数 | 入院<br>外来 | 日<br>日 |
|                  | (2)                   |                                     |           |       |          |        |
|                  | (3)                   |                                     |           |       |          |        |
| 療養に<br>要した<br>費用 | 総療養費（レセプト請求点数×10円）    |                                     | 円         | /     |          |        |
|                  | 保険診療に係る<br>自己負担金額（合計） |                                     | 円         |       |          |        |
|                  | 内<br>訳                | 療養費                                 | 円         |       |          |        |
|                  |                       | 入院時食事療養費<br>または<br>入院時生活療養費<br>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

代表者氏名

印

## ◎記入上の注意

### 【申請書】について

- 1 「療養費申請額」欄は、医療機関で負担された保険診療に係る自己負担金額についてのみ記入してください。  
(保険診療外の費用については、水俣病総合対策医療事業(医療手帳・水俣病被害者手帳)の対象となりません。)
- 2 高額療養費支給制度により、保険者から払い戻される金銭については、保険者あて請求してください。  
(自己負担限度額の範囲で支給します。)

### 【証明書】について

- 1 「保険の種別」欄は、具体的な名称を記入してください。  
(例) 国保、退職者国保(被扶養者)、中央建設国保(本人)等。  
なお、生活保護受給中の場合はその旨御記入ください。
- 2 「療養に要した費用」欄については、保険診療に係る自己負担金額で、他制度適用後の自己負担金額について、記入してください。  
※他制度…生活保護法、障害者自立支援法、特定疾患治療研究事業等
- 3 保険診療外の自己負担金額については、対象となりません。
- 4 医療機関で発行された領収書で、保険適用・適用外の自己負担金額が確認できる場合に限って、証明の必要はありません。  
(領収書原本添付で申請可能)

※熊本県に請求できるのは、療養を受けた日の属する月の翌月から2年間です。

例) 療養日 : 令和8年4月15日

請求期限 : 令和10年4月30日(期限までに熊本県に届く必要があります。)