

療養費支給申請書

R8年7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

円

記入例

申請者

住所：（〒123—1234）
熊本県熊本市中央区水前寺〇丁目〇—〇

氏名：熊本 太郎

電話番号：123（456）7890

生年月日：明・大・昭 〇年 〇月 〇日

受給者番号 〇〇〇〇〇〇〇〇（7ケタ）

手帳所持者記入欄

熊本県知事様

第7号様式（第8、13、15条関係）

〔以下医療機関が記入〕

療養給付証明書

令和8年7月分

患者名	熊本 太郎	住所	熊本県熊本市中央区水前寺〇丁目〇—〇		
生年月日	明・大・昭 〇年 〇月 〇日				
傷病名	(1) 〇〇〇〇〇〇	保険の種別 (例1) 国民健康保険 (例2) 熊本地震免除措置等 (本人被扶養者)	診療実日数	入院 〇 日 外来 3 日	
	(2)				
	(3)				
療養に要した費用	総療養費（レセプト請求点数×10円）		12,345円		
	保険診療に係る自己負担金額（合計）		0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。

令和8年 〇月 〇日

都道府県コード	医療機関コード（7ケタ）						
43	1	2	3	4	5	6	7

所在地（〒123—1234）

熊本県熊本市中央区水前寺〇丁目〇—〇

医療機関

名称 熊本医院

電話番号 123（456）7890

開設者氏名 熊本 花子

印

（注）裏面の「記入上の注意」に基づき、記入してください。

医療機関記入欄

● 日付、住所、氏名、電話番号、生年月日、受給者番号等記入漏れがないようにご記入ください。

- 診療日数や療養費等の詳細が不明の場合は、「不詳」と記載してください。
- 入院・外来の別は記載してください。
- 証明印を押印してください。