

## 記入例

## 保険給付証明申請書

被保険者証記号番号	被保険者（組合員）氏名	対象者（診療を受けた者）氏名
12345678-9	大牟田 太郎	大牟田 一郎 大・昭・平・令 元年 1月 1日生まれ
診療を受けた年月	診療の種類	病院等の名称
令和 2 年 4 月	入・外・歯・薬・柔整・はり灸 治療用装具・訪問看護	大牟田第五病院

標記について、大牟田市の（子ども・重度障害者・ひとり親家庭等）医療費の払い戻しの申請のために必要です。ので、該当の診療に対する給付金の支給について、下記様式により証明してください。

令和 2 年 5 月 1 日

保険者様

住所 大牟田市有明町2丁目3番地

被保険者（組合員）氏名 大牟田 太郎

大牟

## 保険給付証明書

対象者氏名 (診療を受けた者)	( 年 月 日生)	※	※
診療内容	入・外・歯・薬・柔整・はり灸 治療用装具・訪問看護	※入・外・歯・薬・柔整・はり灸 治療用装具・訪問看護	※入・外・歯・薬・柔整・はり灸 治療用装具・訪問看護
診療年月	令和 年 月	※令和 年 月	※令和 年 月
病院などの 名称・所在地		※	※
① 医療費総額 (総医療点数×10)	円	※ 円	※ 円
② 他法負担額	円	※ 円	※ 円
③ 保険担 負者額	イ. 一般負担額	円	※ 円
	ロ. 高額療養費	円	所得区分 □ア □イ □ウ □エ □オ
	ハ. 附加給付額	円	
支給日(予定含む)	令和 年 月 日		
備考			

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

印