

療 養 給 付 費 証 明 願

記 号 番 号		保 険 名	
受 給 者	住 所		男 ・ 女
	氏 名		
	受給者証 記号番号		
		生年月日	年 月 日生
診 療 区 分	年 月 日	入院・入院外	
医 療 機 関			
このことについて、下記に証明してください。			
年 月 日			
被保険者			印
光市長 様			

証 明 書			
医 療 機 関		診 療 日 数	入 院 日 入院外 日
医 療 費 総 額			
他 法 給 付 費			
療 養 の 給 付	本人負担額		
	薬剤負担額		
食 事 療 養	標準負担額		( @ 円 × 日 )
上記のとおり相違ありません。			
年 月 日			
光市長			