

記入例

高額療養費や付加給付金などが支給される場合でご加入の健康保険組合等からの通知がない方は、この書式をご利用ください。

療養費・付加給付金等 支給証明願

受給者氏名、受診年月をご記入ください。

[私・私の被扶養者 西宮 花子] にかかる 2019 年 9 月分療養費の支給について、下記の通り証明願います。

2020年 2月 14日

組合理事長（常務理事）様

証明願の提出年月日・被保険者証の記号番号、被保険者氏名を記入・押印し、ご加入の健康保険の保険者へご提出ください。

| | | | | |
|--------|--|------|----|-------|
| 被保険者証 | 記号 | ×××× | 番号 | 12345 |
| 被保険者氏名 | 西宮 太郎 西宮 印 | | | |

注意 この証明は保険請求事務手続きの関係上、診療月から約2ヵ月後でないと証明を受けることができません。

点線以下証明書欄は、ご加入の健康保険の保険者で記入してもらってください。

証 明 書

| | | | |
|--------------------|-------|---------------|------|
| 保険加入者氏名 (受給者氏名) | | 受診医療 機 関 名 | |
| 生年月日 | 年 月 日 | 受診期間 | 年 月分 |

| | | | |
|--|--------------------|---|---|
| B. 療養費 支給決定額 (定率負担した上での 最終自己負担金額) | A. 療養に 要した金額 | A. 療養に要した費用 (=保険請求点数×10) | 円 |
| | | B. 療養費支給決定額 (保険請求で保険者が支払う額) | 円 |
| C. 高額療養費 D. 付加給付金 | 療養に 要した金額 | C. 高 額 療 養 費 | 円 |
| | | 1. 支給予定 2. 支給済 3. 不支給 4. 上位所得者のため支給規定額以下 | |
| | | D. 付 加 給 付 金 | 円 |
| | | 1. 支給予定 2. 支給済 3. 不支給 | |
| | | 高額・付加給付金等に世帯合算がある場合、合算対象となる上記加入者以外の窓口負担金額の合計 _____円 | |
| | | 付加給付支給基準は、 _____ 年 _____ 月診療分より 被保険者負担額が _____ 円以上のとき _____ 端数 _____ 円未満は切り捨て | |

上記の通り相違ないことを証明する。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

組合理事長（常務理事）