

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

(世帯合算用)

受診者氏名、受診年月をご記入ください。

[西宮 太郎 , 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。

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。

2020年 2月 14日
組合理事長 (常務理事) 様

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ヵ月後でないとい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

受診期間 年 月分

保険加入者氏名	年 月 日	保険加入者氏名	年 月 日
生 年 月 日	年 月 日	生 年 月 日	年 月 日
外来療養に要した費用 (点数×10) 円		外来療養に要した費用 (点数×10) 円	
外来療養費支給決定額 (保険請求で保険者が支払う額) 円		外来療養費支給決定額 (保険請求で保険者が支払う額) 円	
入院療養に要した費用 (点数×10) 円		入院療養に要した費用 (点数×10) 円	
入院療養費支給決定額 (保険請求で保険者が支払う額) 円		入院療養費支給決定額 (保険請求で保険者が支払う額) 円	

高額療養費	円	付加給付金	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		1. 支給予定 2. 支給済 3. 不支給 4. 支給制度なし	
高額・付加給付等に上記以外の対象者が 合算される場合の窓口負担金		入院: 円 外来: 円	
付加給付支給基準	年 月診療分より		
被保険者負担額が (<input type="checkbox"/> 1レセプト <input type="checkbox"/> 1ヶ月計)		端数	円以上のとき 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)