

後期高齢者医療 療養給付費証明願

後期高齢者医療被保険者番号								生 年 月 日
カク福 受給者証記号番号	9	2	-					明・大・昭・平・令 年 月 日
令和 年 月 日								
住 所 宇部市								
氏 名								
山口県後期高齢者医療広域連合 様								
このことについて、下記に証明してください。								

診療月	医療機関名	診療区分	医療費総額	自己負担額	高額療養費	高額支払
年 月		入院・外来・装具	円	円	円	済 未
年 月		入院・外来・装具	円	円	円	済 未
年 月		入院・外来・装具	円	円	円	済 未
年 月		入院・外来・装具	円	円	円	済 未
年 月		入院・外来・装具	円	円	円	済 未
年 月		入院・外来・装具	円	円	円	済 未
年 月		入院・外来・装具	円	円	円	済 未
年 月		入院・外来・装具	円	円	円	済 未
年 月		入院・外来・装具	円	円	円	済 未
年 月		入院・外来・装具	円	円	円	済 未
年 月		入院・外来・装具	円	円	円	済 未
年 月		入院・外来・装具	円	円	円	済 未
年 月		入院・外来・装具	円	円	円	済 未
年 月		入院・外来・装具	円	円	円	済 未
年 月		入院・外来・装具	円	円	円	済 未
年 月		入院・外来・装具	円	円	円	済 未

☐ 高額療養に該当しません

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

山口県後期高齢者医療広域連合