

療 養 給 付 費 証 明 願

記 号 番 号		保 険 名				
受給者証記号番号			生 年 月 日	T・S・H・R	年	月 日
年 月 日						
住 所 宇部市						
受 給 者						
被 保 険 者 (印)						
保 険 者 殿						
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	日数	医 療 費 総 額	自 己 負 担 額	付 加 給 付 高 額 療 養 費
年 月		入院・外来・装具		円	円	円
年 月		入院・外来・装具		円	円	円
年 月		入院・外来・装具		円	円	円
年 月		入院・外来・装具		円	円	円
年 月		入院・外来・装具		円	円	円
年 月		入院・外来・装具		円	円	円
年 月		入院・外来・装具		円	円	円
年 月		入院・外来・装具		円	円	円
上記のとおり相違ありません。						
年 月 日						
保険者 (印)						

この証明書は、重度心身障害者、乳幼児及びひとり親家庭に対する医療費を助成するためのものです。

お手数ながら御協力くださるようお願いします。

なお、自己負担額には、高額療養費及び付加給付等支給後の負担額を記入してください。

同 意 書

宇部市長 篠 崎 圭 二 殿

私または被扶養者の療養給付費について、重度心身障害者医療費助成のため宇部市長が調査することに同意します。また、療養給付の証明については宇部市宛てに送付されることを希望します。

年 月 日

住 所

氏 名
(被保険者)

(印)