

子ども
重度障害者
ひとり親家庭等

〔 該当欄を○印
で囲むこと。 〕

療養費支給証明申請書

被保険者 記号番号	被保険者（組合員）氏名	診療を受けた者の氏名・生年月日・受給者番号	
		氏名	受給者番号
		大・昭・平・令 年 月 日生まれ	
診療を受けた年月	診療の種類	診療等を受けた医療機関	
令和 年 月	医科(入院・外来) 歯科 調剤 補装具 その他()		

北九州市の福祉医療費助成の申請に必要ですので、上記の者の療養費支給について下記に証明ください。

令和 年 月 日 住 所
保険者 様 被保険者（組合員） 氏 名 ⑨

療養費支給証明書

被保険者記号番号 (組合員)		被保険者氏名 (組合員)	
区分	ア・イ・ウ・エ・オ	多数該当	有・無
受診者氏名	(年 月 日生)	(年 月 日生)	(年 月 日生)
診療種別	医科(入院・外来) 歯科 調剤 補装具 その他()	医科(入院・外来) 歯科 調剤 補装具 その他()	医科(入院・外来) 歯科 調剤 補装具 その他()
受診年月(診療日数)	令和 年 月(日)	令和 年 月(日)	令和 年 月(日)
医療機関名			
A 医療費総額 B+C+D	円	円	円
B 本人自己負担額	円	円	円
C 他法公費負担額			
公費種別			
公費負担額	円	円	円
D 保険者負担額			
負担割合	割	割	割
法定給付 (高額療養費を除く)	円	円	円
高額療養費	現物給付 円 現金給付 円		
付加給付	円		
高額療養費支給年月日	令和 年 月 日		

※ 世帯合算がある場合は、該当の方の支給状況についても併せて証明いただきますようお願いいたします。

上記のとおり相違ないことを証明します。
令和 年 月 日
保 険 者

印