様式10号―2

療養費支給証明願

私の被扶養者　　にかかる　　年　　月～　　年　　月分の療養費の支給について、次のとおり証明願います。

令和　　年　　月　　日

被保険者氏名　　㊞

組合理事長（常務理事）　様

証明書

被保険者証記号・番号				被保険者氏名			
被扶養者氏名・生年月日	（　　年　　月　　日生）			病院等の名称			
診療月	入院通院の別	A 保険診療にかかる療養に要した費用	B （A×0.7又は0.8）療養費支給決定額	C 高額療養費支給（予定）額	D 付加給付（予定）額	E（A−B−C−D） 自己負担額	
年　月	1. 入院 2. 通院						
年　月	1. 入院 2. 通院						
年　月	1. 入院 2. 通院						

上記のとおり相違ないことを証明する。

令和　　年　　月　　日

組合の所在地

組合の名称

組合理事長（常務理事）　　㊞

附記

小児慢性特定疾病医療費助成制度の対象者