子・障・親　療養費支給証明申請書

受給者証 医療証 番　号			4	0	1	0	3		被保険者証等記号・番号	
									記号	番号
診療等を 受けた者									生年月日 大・昭・平・令　　年　　月　　日	

診療等を受けた期間	入院・外来の別	病院等の
年　月　日から 年　月　日まで （　　日分）	入院 ・ 外来	名　称 所在地

上記の者の療養費の支給について証明してください。
なお、証明書を広川町長へ送付することを承諾します。

年　　月　　日

保　険　者　　殿

被保険者等の住所（〒８３４－０１　　）
八女郡広川町大字

氏名　　㊞

電話　（　　）　　－

療養費支給証明書（保険者記入）

申請の種類 １医科　２歯科　３調剤　４看護　５移送　６補装具 ７生血　８柔道整復　９あんま（マッサージ）　10はり　11きゅう　12その他						保険給付割合	割
						日　数	日

医　療　費　総　額		円
他　法　負　担　額		円
保　険　者 負　担　額	法定給付（高額療養費を除く）	円
	※　高　額　療　養　費	※　円
	※　付　加　給　付	※　円
医療費総額のうち	本　人　自　己　負　担　金　額	円

上記のとおり相違ないことを証明します。

年　　月　　日

保険者　　㊞

広川町記入欄	所得制限	該　当 非該当	県補助対象分	円	町拡大助成分	円

☆この証明書は下記へ送付をお願いします。
〒834-0115　福岡県八女郡広川町大字新代 1804 番地１　広川町役場　国保・年金係