様式第9号（第8条関係）

|  |
| --- |
| 支給額証明書（特別医療費） |
| 被保険者(組合員)名 |  | 勤務先 |  |
| 保険証記号番号 |  | 同上所在地 |  |
| 保険者名 |  | 保険者所在地 |  |
| 家族療養費附加給付金支給内訳 |
| 療養者名 |  | 診療月 | 年　　　月分 |
| 総医療費 | 円 | 法定給付額 | 割円 | 附加給付金支給額 | 円 |
| 医療機関名 |  | 支給年月日 | 年　　月　　日 |
| 備考 |  |
| 療養費（治療材料費を含む。）支給内訳 |
| 療養者名 |  | 診療月 | 年　　　月分 |
| 総医療費 | 円 | 法定給付支給額 | 割円 | 附加給付金支給額 | 円 |
| 医療機関及び業者名 |  | 療養費払をした理由 |  |
| 備考 |  |
| 上記のとおり支給したことを証明する。　　　　年　　月　　日 |
| 証明者 | 所在地 |  |
| 保険者名　　　　　　　　　　 |  |

注　この証明書は、町へ提出する特別医療費申請書の添付書類です。