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。