様式第８号（第７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 | 決定給付額 | 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 | 決定給付支給額 | 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  所在地  証明者  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。