保 険 給 付 内 容 に 関 す る 証 明

（被保険者記載欄）

証明対象医療	被保険者（組合員）証の記号番号		記号	番号
	医療を受けた者の氏名（医療助成対象者）			
	診療年月		平成・令和　　年　　月　診療	
	医療を受けた病院・診療所・薬局及び業者等	所在地		
		名　称		

札幌市の医療費助成金の支給を申請するため、上記の医療に係る保険給付内容について証明願います。なお、附加給付・世帯合算・高額療養費等に該当していれば、併せて証明願います。

令和　　年　　月　　日

住所　札幌市　　区

被保険者（組合員）氏名　　　　㊞

電話　　－　　－

－（以下、保険者記載欄）※切り取らないでください

医療内容及び給付額等		◎「医療の内容」、「保険給付額等」欄は、該当項目に○印及び数値をご記入ください。 ◎補装具の場合、「入院・入院外区分等」及び「期間」は記載不要ですが、「医師が装具の装着の必要を認めた日」と「装着日」をご記入ください。なお、小児弱視等の治療用眼鏡等の「装着日」が確認できない補装具の場合は「装着日」の記載は不要です。		
医療の内容	医科・歯科等区分	医科・歯科・調剤・訪問看護・補装具・その他（　　　）		
	入院・入院外区分等	入院・入院外	期間　　日～　　日まで　　日間	
	医療費総額（10割額）《保険外医療費を除く》	百万　千　円	医師が装具の装着の必要を認めた日（指示日） （　　年　　月　　日） 装着日（　　年　　月　　日）	
	初診料算定の有無	有り（　回）・無し	限度額認定証使用の有無	有り・無し
保険給付額等	療養費（現金給付）《上記医療費総額を全額受給者が支払っている場合》	百万　千　円	※高額療養費が世帯合算により給付される場合は、証明対象医療と合算対象となる医療費を次に記入してください。	
	高額療養費（合算・多数）区分（ア・イ・ウ・エ・オ）《世帯合算の場合は合算額》	百万　千　円		
	1.一部負担還元金 2.家族療養附加金《世帯合算の場合は合算額》	百万　千　円		
	計	百万　千　円		

	氏　名	医療費10割額 自己負担割合 限度額認定使用の有無
1		円 （　割） 有り・無し
2		円 （　割） 有り・無し
3		円 （　割） 有り・無し

上記のとおり、被保険者（組合員）に対して給付したことを証明します。

令和　　年　　月　　日

保険者番号

保険者　所在地

名　称　　　　㊞

電　話　　－　　－

※保険者側で被保険者の印が押された原本が必要な場合は原本をコピーし、コピーに保険者の印を押印して被保険者に交付してください