様式第11号(第8条関係)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険給付額等証明書  年　　月　　日 | | | | | |
| 保険者 | | | | 住所  名称  代表者名　　　　　　　　　　㊞ | |
| 下記の者に対して、次のとおり保険給付をしたことを証明します。  記  1　被保険者居住地  　　(組合員)氏名  2　保険証記号番号（枝番）  3　被扶養者氏名  4　給付内容 | | | | | |
|  | 診療月(又は診療日) | | 年　　　　　月　(　　　　日) | |  |
| 医療機関名 | |  | |
| 診療報酬請求額  (医療費) | |  | |
| 医療費 | 保険対象総点数 |  | |
| 保険給付額 |  | |
| 上記医療に対する家族療養費附加金給付額 | |  | |
| お願い　この証明書は、出雲市福祉医療費助成条例に基づき、福祉医療対象者の医療費を助成するために必要な書類ですから、証明の上、被保険者に送付くださるようお願いします。 | | | | | |