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。 |