様式第13号(別表第1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　　　　住所

　　　　　　　　　氏名

2　保険証記号番号

3　被扶養者氏名

4　給付内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 診療月 | | 年　　　　　　月 |
| 医療機関名 | |  |
| 診療報酬請求額 | | 円 |
| 医療費 | 保険対象総点数 | 点 |
| 保険給付額 | 円 |
| 上記医療に対する家族療養費附加金給付額 | | 円 |