

高額療養費、医療付加金についての証明書

被保険者	氏名		住 所	野田市
受給 資格者	氏名		生年月日	年 月 日
該当月		年 月 分		
高額療養費の有無		有 ・ 無	支給額	円
医療に係る付加金等の有無		有 ・ 無	支給額	円
有の場合その内容 (積算の方法)				

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

健康保険組合等名称

住所

代表者名

