

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 印				