

療養費支給に係る医師の証明書

被保険者名	生年月日	1:明治 2:大正 3:昭和 4:平成 5:令和	年 月 日	性別	男・女
傷病名					
発症又は 負傷した年月日					
発症又は 負傷の原因					
傷病の経過					
(移送の場合) 移送経路	～ (片道・往復)				人
(補装具装着の場合) 補装具名					
上記の補装具・診療・移送について必要と認める理由及び医師の 証明欄	理由				
	上記のとおり証明する。 令和 年 月 日 医療機関コード 保険医療機関名 医師名				

※医師が手書きしない場合は、記名押印してください。

※保険医療機関が発行する証明書でも代替可能