別紙

療養費支給に係る医師の証明書

被保険者名		生年月日	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。 年　月　日 医療機関コード 保険医療機関名 医師名				

※保険医療機関が発行する証明書でも代替可能