様式第58号

保険給付証明書（償還払い）

支給対象被保険者氏名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 診療（サービス）年月 | 支給決定年月日 | 支給金額（円） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

上記のとおり支給したことを証明します。

年　　月　　日

市（町）長　　　　　　　　　印