

常務理事	事務局長	課長補佐	係

療養費支給申請書					
被保険者証 の記号番号	熊 歯 第 号	療養を受けた 被保険者氏名		組合員 との続柄	
傷 病 名		療 養 期 間	平成 年 月 日 から		
発病、負傷 年月日	平成 年 月 日		平成 年 月 日 まで		日間
診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、 薬局その他の名称及び所在地					
診療又は調剤に従事した医師、歯科医師 又は薬剤師の氏名					
療養の 給付を受け ることが できなかつ た理由		発病の 原因		療 養 に 要 し た 費 用	円
		傷病の 経過			
		療養の 内容			
備考 ※振込先をご記入ください。 _____銀行_____支店 普通・当座 口座番号_____					
※フリガナを必ずご記入ください。 フリガナ 口座名義_____					
上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。					
平成 年 月 日					
〒					
甲種組合員 住所					
氏名					
熊本県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿					

- ◎申請書には必ず診療内容がわかる証明書原本（診療の場合は診療内容明細書、装具の場合は装具証明書）と領収書原本を添えて申請してください。
- ◎振込先は、原則として組合員本人の口座をご記入ください。組合員以外の口座の場合は、別途委任状が必要になりますので、組合宛ご連絡ください。

補助金額	円
------	---