

常務理事	事務局長	課長補佐	係

療 養 費 支 給 申 請 書

熊歯・	(療養を受けた) 被保険者氏名 生年月日	昭・平・令 年 月 日生
区分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	マイナンバー
傷病名	療養期間	年 月 日から 年 月 日まで
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	[住所]	
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		
療養を受けることができなかった理由	<input type="checkbox"/> 装具装着のため <input type="checkbox"/> 手続き中により、被保険者証が届いていなかったため <input type="checkbox"/> 緊急やむ得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため <input type="checkbox"/> その他 ()	
治療の内容	<input type="checkbox"/> 一般診療 <input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 柔整 <input type="checkbox"/> マッサージ <input type="checkbox"/> 針灸 <input type="checkbox"/> 移送 <input type="checkbox"/> その他	
発病の原因	<input type="checkbox"/> 通勤・仕事上の負傷 <input type="checkbox"/> 第三者の行為 <input type="checkbox"/> その他 ()	
療養に要した費用	過去に療養費支給の有無	有 ・ 無
振込先 下記申請組合員の口座をご指定ください。 (それ以外の場合、委任状が必要です。ホームページよりダウンロードしてください。)		
_____銀行_____本・支店 普通・当座 口座番号 _____ フリガナ 口座名義 _____		
番号・名義等の正確な記載をお願いします。		
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。 <div style="text-align: center;"> 令和 年 月 日 〒 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 </div>		

添付書類

- ※ 領収書 (原本)
- ※ 診療の場合は**レセプト式診療内容明細書** (原本)
- ※ 装具の場合は**装具証明書** (原本)

給付割合
7割・8割・9割・10割
補助金額
円