

保 險 者 欄	決 手 続 欄	裁 欄					申 請 年 月 日	.				.							
	保 險 者 番 号		支 給 申 請 書 整 理 番 号				療 養 費 区 分				診 療 費				資 格 特 定 支 給				
	0 9 3 0 1 3														一 部 負 担 金				
	法 制 番 号		区 分				診 補 柔 そ				医 歯 調 入 外				証 明 書 疾 病 割 合				
	一 般	退 職	本 人	家 族	未 就 学 児	高 (現 役 並 み)	高 (一 般)	1	2	3	8	1	3	4	1	2	1	1	1

国民健康保険療養費支給申請書

申 請 者 欄	記号・番号	全歯	-		療養を受けた 被保険者 氏名等			組合員 との続柄
	傷病名				男・女	年 月 日生		
	発病又は負傷 年月日	年 月 日			療養期間	年 月 日から 年 月 日まで		日間
	診療、薬剤の支給または手当てを受けた病院、 診療所、薬局その他の名称および所在地							
	診療または調剤に従事した医師、歯科医師または 薬剤師の氏名							
療養の給付を 受けることが できなかった 理由			発病の 原因			療養に要した費用	円	
			傷病の 経過					
			療養 内容					
業務上・外、 第三者行為 (交通事故等) の有無	1. 業務上 2. 第三者行為(交通事故等)である 3. その他			備考				
上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。								
〒 年 月 日 住 所 組合員 氏 名 全国歯科医師国民健康保険組合理事長 殿 TEL ()								
支 払 方 法	2・口座振込	フリガナ			金融機関コード	-		
		銀行・信組 信金・農協	本・支店 支所	種別	口座番号	口座名義人(カタカナで記入)		
				1 普通				
				2 当座				

決 定 額			費 用 額		円
	負 担 区 分	支部決定額(保険者負担額)		1	
		一 部 負 担 金		2	
		他 法	他 法 優 先	3	
	負担分	国 保 優 先	4		

