

領収書と証明書を添付してください。

(様式4号) (靴型装具の申請の場合は、当該装具の全体写真も添付してください。)

保 険 者 欄	決 手 続 欄	裁 欄											申 請 年 月 日	.	.						
	保険者番号		支給申請書整理番号				療養費区分				診療費				資 格 特 定 給 付	一部負担金					
	0 9 3 0 1 3														証 明 書	疾 病 割 合	減 額	減 免			
	法 制 番 号		区		分				診	補	柔	そ	医	歯	調	入	外	証 明 書	疾 病 割 合	減 額	減 免
	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	1	2
75	67	1	2	3	7	9															

国民健康保険療養費支給申請書

申 請 者 欄	被保険者証の記号番号	全歯	—	療養を受けた被保険者					世帯主との続柄	
	個人番号			氏名等	男・女	昭・平・令	年	月	日生	
申 請 者 欄	傷病名			療養期間	令和	年	月	日	から	日間
	発病又は負傷年月日	令和	年	月	日	まで	令和	年	月	日
申 請 者 欄	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									
申 請 者 欄	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									
申 請 者 欄	療養内容									
	業務上・外、第三者行為の有無	1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他		備考						
申 請 者 欄	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。									
	令和	年	月	日	住所					
申 請 者 欄	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	本・支店	種別	口座番号		口座名義人（カタカナで記入）	
	信金・農協	支所	1 普通				
			2 当座				

決 定 額	費用額				円
	負 担 区 分	支給決定額（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	

係



支部長

支部常務

係



※組合が業務上知り得た個人情報、組合業務の目的以外に使用することはありません。