

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 裁 手 続 欄											申 請 年 月 日	.		.				
											決 裁 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	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 の 続 柄			
	個 人 番 号					氏 名 等	男	女	昭	平	令	年	月	日
	傷 病 名					療 養 期 間	平 成	令 和	年	月	日	か ら	日 間	
	発 病 又 は 負 傷 年 月 日	令 和	年	月	日	平 成	令 和	年	月	日	ま で			
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													
	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 内 容									
欄	業 務 上 ・ 外 、 第 三 者 行 為 の 有 無	1. 業 務 上		2. 第 三 者 行 為 に あ る		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。 令 和 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 給 決 定 額 (保 険 者 負 担 額)				1				
		一 部 負 担 金				2				
		他 法 負 担 分	他 法 優 先			3				
		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。