

組合記入欄	常務理事	事務局

療養費支給申請書

被保険者証記号番号		み歯				A						続柄		
療養受給者氏名		(フリガナ)								生年月日	昭和	年	月	日
傷病名														
給付期間		平成	年	月	日	から	平成	年	月	日まで				
療養を受けた医療機関等	名称													
	所在地													
	医師等氏名													
療養の給付を受けることができなかった理由														
支払った金額		円												
組合記入欄	費用額	円	療養費支給額	円	一部負担金	円								
平成 年 月 日														
上記について費用に関する証拠書類（請求明細書・領収書・診断書等）を添えて申請いたします。														
第1種		(〒 -)												
第2種	自宅住所													
第3種	組合員	氏名												
第4種	電話番号	()												
宮城県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿														
振込銀行名	銀行 支店・本店													
預金種別	普通預金	当座預金	貯蓄預金											
口座番号	※左詰めで記入願います。													
口座名義人	(フリガナ)													

- ・該当する欄への記入と該当項目への○印をお願いします。
- ・証拠書類は、療養費の内容によって異なりますので、事務局に確認願います。

＜FAXでの提出はできません＞