_	1	
	常務理事	事務局
組		
合		
組合記		
-1		
人欄		
ING		

療養費支給申請書

被保険者証記号番号 み歯 A																			
療養受給者氏名 生年月日 昭和 年月日 年月日 日 平成 年月日 日 平成 年月日 日 日本で 6億期名 名称 所在地 医無等機関等 医師等氏名とがごとがごきなから連連由 日本できなから定理由 日本できなから定理由 日本できなから定理由 日本できなから定理由 日本できなから定理由 日本できなから定理由 日本できなから定理由 日本できなから定理・日本できなからできなからできなからできなからできなからできなからできなからできなから	被保険者証記号番号		み歯				A							ž	続柄				
## 1 種	療養受給	(フリガナ)			1 5				1			1	生	三年月日		年	月	日	
療養を受けた 医療機関等 原産地 医師等 氏名 家業の給付を受けることができなかった理由 支払った金額 P 組合記入欄 費用額 円 家養費 支給額 円 自組金 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 自宅住所 第2種 組合員	傷病名																		
療養を受けた医療機関等 所在地 医師等氏名 変数の給付を受けることができなかった理由 円 支払った金額 円 組合記入欄費用額 円 療養費 方給額 円 負担金 円 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 年 月 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日	給 付 期 間		平成		年		月		日	から	平	成		年	₫ .	月	日ま	で	
受けた 医療機関等 氏名 原籍等 の給付を受けることができなかった理由 円 支払った金額 円 組合記入欄費用額 円 家養費 支給額 円 負担金 円 円 有	.+	名 称																	
展開等 氏名	受けた	所在地																	
受けることができなかった理由 大名額 円 支払った金額 円 療養費 支給額 円 負担金 円 負担金 円 負担金 円 負担金 円 負担金 円 円 負担金 円 円 負担金 円 円 負担金 円 円 しまた (デー・) 自宅住所 第 2 種 組合員 第 3 種 組合員 第 3 種 電話番号 () 官城県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿 銀行 支店・本店 預 金 種 別 普通預金 当座預金 貯蓄預金																			
報合記入欄 費用額	受けるこ																		
大田田 大田	支払った	た金額							円										
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 (〒 -) 自宅住所 第2種 組合員 銀子種 組合員 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。	組合記入欄	費用額				円							F]	一 部 負担金				円
第1種 (〒 -) 第2種 組合員 第3種 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。															平成	年	月		目
第2種 組合員 第3種 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。 (フリガナ)	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。																		
組合員第3種 氏名 印 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 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。 「フリガナ」 (フリガナ)			自宅住房		=	-	_)										
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。		組合員	氏 4	Z															
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。	第4種		電話番号	클			()									
預 金 種 別 普通預金 当座預金 貯蓄預金 口 座 番 号	宮城県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿																		
口 座 番 号 ※左詰めで記入願います。	振 込 銀	行 名								銀行						支	友店 •	• 7	本店
(フリガナ)	預金	種別	普通預金	È		当座	逐預 金	È		貯蓄	預金	È							
	口座	番号	※左詰めで記入願います。								す。								
	口座名	義 人	(フリガナ)	,							erzonezonomoner								

- ・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。