

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 平成 令和	年	月	日
傷病名														
給付期間		令和 年 月 日 から 令和 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		
令和 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												
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														
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＞