

組合記入欄	常務理事	事務局

療養費支給申請書

被 保 険 者 号	み 歯	A						(ふりがな)
傷 病 名								受給者名
給 付 期 間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで							
診療等を受けた 病 院 名 診 療 局 診 薬 所 等	名 称							
	所在地	(〒 -)						
診療又は調剤に従事した医師 歯科医、又は薬剤師の氏名								
療養の給付を受けることができなかった理由							支 払 っ た 額	
							円	
組 合 記 入 欄	費用額	円	療養費 支給額	円	一 部 負担額	円		
平成 年 月 日								
上記のとおり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。								
自宅住所 (〒 -)								
第1種								
第2種								
組合員								
第3種								
第4種								
氏 名								
Ⓜ								
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	(ふりがな)							

- ・ 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。