

保 險 者 欄	決 手 続 欄	裁 欄					申 請 年 月 日	・		・												
	保 險 者 番 号		支 給 申 請 書 整 理 番 号				療 養 費 区 分	診 療 費		資 格	特 定	支 給	一 部 負 担 金									
	0 9 3 0 1 3						診	補	柔	そ	医	歯	調	入	外	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	診	補	柔	そ	医	歯	調	入	外	証 明 書	疾 病	割	合	減 額	減 免
	75	67	1	2	3	7	9	1	2	3	8	1	3	4	1	2	1	1			1	1

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 氏 名 等			組 合 員 と の 続 柄
	傷 病 名			男 ・ 女	年 月 日 生		
	発 病 又 は 負 傷 年 月 日	年 月 日		療 養 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで		日 間
	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
業 務 上 ・ 外 、 第 三 者 行 為 (交 通 事 故 等) の 有 無		1. 業務上 2. 第三者行為(交通事故等)である 3. その他		備 考			
上 記 の と お り 療 養 に 要 し た 費 用 に 関 す る 別 紙 証 明 書 類 を 添 え て 申 請 し ま す。 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)	
決 定 額			費 用 額				円
	負 担 区 分	支 部 決 定 額 (保 険 者 負 担 額)		1			
		一 部 負 担 金		2			
		他 法 優 先		3			
他 法 優 先		4					

係

本部受理
受付印

支 部 長	支 部 常 務	係

支部受理
受付印