



# 国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証 記号・番号	道歯 - -	療養を受けた 被保険者氏名		組合員 との続柄	
傷病名		療養期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間		
発病、負傷 年月日					
診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、 診療所、薬局その他の名称及び所在地					
診療又は調剤に従事した医師、歯科医師、 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		発病の原因		療養に要した費用	円
		傷病の経過			
		療養内容			
<p>上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>〒 - 電話( ) - 番</p> <p>住所 (自宅)</p> <p>組合員 氏名 ⑧</p>					
北海道歯科医師国民健康保険組合理事長 様					
※ 組合員の銀行名等 を記入して下さい。	銀行名	銀行 信用金庫	本店 支店		
	預金の種類と 口座番号 (ふりがな)	普通 当座	預金 No.		
	口座の名義人名				

支給決定額	円
組合記載欄	

# 《装具:記入例》

## 療 国民健康保険療養費支給申請書 本人、長男等

被保険者証 記号・番号	道歯 - -	療養を受けた 被保険者氏名	<input type="text"/>	組 合 員 との続柄	<input type="text"/>
傷 病 名	<input type="text"/>	療 養 期 間	<del>平成 年 月 日から 日間 平成 年 月 日まで</del>		
発病、負傷 年 月 日	<input type="text"/>				
診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、 診療所、薬局その他の名称及び所在地		<input type="text"/>			
診療又は調剤に従事した医師、歯科医師、 又は薬剤師の氏名		<input type="text"/>			
療養の給付 を受けるこ とができな かった理由	発病の原因	<input type="text"/>	療養に要した費用	<input type="text"/> 円	
	傷病の経過	<input type="text"/>			
	療養内容	<input type="text"/>			
上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> 電話( <input type="text"/> ) - <input type="text"/> 番 住 所 (自宅) <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">捺印して下さい。</span> 組 合 員 氏 名 <input type="text"/> (印)					
北海道歯科医師国民健康保険組合理事長 様					
※ 組合員の銀行名等を記入して下さい。	銀 行 名	銀 行 信用金庫		本店 支店	
	預金の種類と 口座番号 (ふりがな)	普通 当座	預金 No.	<input type="text"/> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">組合員の口座</span>	
	口座の名義人名	<input type="text"/> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">ふりがな記入</span>			
	支 給 決 定 額 <input type="text"/> 円 組 合 記 載 欄 <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>				

※病院の証明書と領収書を  
一緒に組合宛に送付  
して下さい。(原本です。)

↓

「裏面の領収書に証明」  
どちらか一方添付して下さい。