

常務理事	事務局長	課長補佐	係

療養費支給申請書			
熊歯 第 一	組合員氏名		
受診者	年 月 日生	続柄	
傷病名	療養期間	年 月 日 から	
病院名			
担当医師			
発病の原因	1.第三者行為（交通事故等） 2.業務上の災害（通勤災害等） 3.その他（自損事故・疾病等）	費用額	(事務局記入) 円
療養の内容	1.診療 2.装具装着		
甲種組合員証明欄	(甲種組合員本人以外の申請時、証明をお願いします。) 上の者本歯科医院の勤務者及び家族であることを証明します。 熊歯 第 一 〇 〇 組合員氏名 ㊟		
振込先	下記申請組合員の口座をご指定ください。 (それ以外の場合、委任状が必要です。ホームページよりダウンロードしてください。) _____銀行 _____本・支店 普通・当座 口座番号 _____ フリガナ 口座名義 _____ 番号・名義等の正確な記載をお願いします。		
上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。 令和 年 月 日 〒 組合員 住所 氏名 ㊟ 熊本県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿			

添付書類

- ※ 領収書（原本）
- ※ 診療の場合はレセプト式診療内容明細書（原本）
- ※ 装具の場合は装具証明書（原本）

補助金額	円
------	---