

常務理事	事務局長	課長補佐	係

療養費支給申請書（乙種）			
熊歯 第 一	氏名		
生年月日	年 月 日 生	組合員続柄	
傷病名	療養期間	年 月 日 から	
病院名			
担当医師氏名			
発病の原因		費 用 額	円
傷病の経過			
療養の内容			
甲種組合員 証明欄	上の者、受診日に本歯科医院の勤務者またはその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 干 乙種組合員 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
------	---