理事長	副理事長	常務理事	事務局長	課長補佐	係

国民健康保険一部負担金還付申請書

被保険者証 記号番号		熊歯　　・　　—		
療養を受けた者	氏　名		生年月日	昭・平　　年　　月　　日
	性　別	男　・　女	組合員との続柄	本人　・　家族
療養を受けた 保険医療機関等	名　称			
	所在地	〒		
療養を受けた期間	平成　　年　　月　　日　～　平成　　年　　月　　日			
療養に対し支払った一部負担金の額	円			

一部負担金を既に支払ったため、領収証と罹災証明書（コピー可）を添えて一部負担金の還付を申請します。

平成　　年　　月　　日

〒　　TEL

組合員住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

熊本県歯科医師国民健康保険組合　殿

還付される一部負担金の振込先口座をご記入ください。

＿＿＿＿＿銀行　　支店・本店

普通・当座　口座番号＿＿＿＿＿＿＿＿　名義（フリガナ）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

振込先口座が申請者と異なる場合、受取代理人の欄を記入してください。

受取代理人の欄			
本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 平成　　年　　月　　日 申請者氏名　　印			
代理人氏名	印	申請者と代理人の関係	

レセプト照合	支給額	支給年月日
	円	