

療養費支給申請書

被保険者証番号		受診者氏名	
傷病名		発病又は負傷年月日	令和 年 月 日
手当の内容及び傷病の経過			
被保険者証により診療を受けることの困難である理由、緊急である理由			
手当を受けた期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	手当に要した費用の額	金 円
療養を担当する医師の住所及び氏名			
傷病が第三者の行為によるときはその事実並びに第三者の氏名及び住所（氏名又は住所不明のときはその旨）			

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

組合員住所

氏 名

印

愛知県歯科医師国民健康保険組合理事長様

注 コルセット・ギブス義肢等に関する支給申請のときは装具が傷病の治療のため必要と認めた医師の証明書及び業者の領収書を添付して下さい。

振込先銀行名	口座番号				口座名義人氏名
銀行	普通				フリガナ
支店	当座				