

＜ 以前の保険証を使用された場合の記入例 ＞

療 養 費 支 給 申 請 書

4桁又は7桁の記号番号

被 保 険 者 証 番 号	1234-056	受 診 者 氏 名	愛 知 花 子
傷 病 名	急 性 肺 炎	発 病 又 は 負 傷 年 月 日	令 和 1 年 9 月 1 日
手 当 て 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	＜ 記入例 ＞ 歯科医師国保の資格取得後に、 誤って以前の保険証を使用したため。		
手 当 て を 受 け た 間 期	自 令 和 1 年 9 月 1 日 至 令 和 1 年 9 月 3 日	手 当 て に 要 し た 費 用 の 額	金 6,300 円
療 養 費 を 担 当 す る 医 師 の 住 所 及 び 名	名古屋市東区泉一丁目1-1 総合名古屋病院 院長 名古屋 一郎		
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 1 年 10 月 20 日

院長の住所、署名、捺印

名古屋市中区丸の内三丁目1-2
なごや歯科医院

正組会員住所

氏 名 伊 藤 太 郎

印

＜添付書類＞

- レセプトの写し(診療明細は不可)または
以前の保険者から発行されたレセプト交付依頼書
- 領収書
※以前の保険者に返金した分

愛知県歯科医師国民健康保険組合理事長様

お支払いされた方の
口座をご記入下さい。

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
三菱UFJ 銀行	普通 預金 2330233	フリガナ アイチ ハナコ
名古屋 支店	当座	愛知 花子