

支給日 年 月 日

常務理事	事務長	課長	係	支給金額	本人確認
				円	個人番号 台 身 帳 元

療養費支給申請書

被保険者証の記号番号	鹿歯・鹿歯従				
療養を受けた被保険者の氏名		昭平令	年	月	日
生年月日・個人番号	組合員との続柄				
傷病名					
発病、負傷年月日		年	月	日	
療養期間		年	月	日	から
		年	月	日	まで 日間
診療、薬剤の支給又は手当を受けた医療機関等の名称及び所在地	所在地				
	名称				
診療又は調剤に従事した医師、歯科医師又は薬剤師の氏名					
発病の原因	※通勤途中の怪我・仕事上の負傷は、原則、支給対象外となります。 ※交通事故やけんか等、第三者の行為による負傷が原因で治療を受けた場合は、第三者行為の届出が必要になることがあります。 <input type="checkbox"/> 通勤途中・仕事上の負傷 <input type="checkbox"/> 第三者の行為 <input type="checkbox"/> その他 ()				
傷病の経過		療養の内容			
療養の給付を受けることができなかった理由					
療養に要した費用	円				
過去2年間に療養費の支給を受けたことがあるか	ある	(年	月	日)
	ない				
振込先	銀行 店				
	金庫				
	1. 普通	口座番号 No.			
	2. その他 ()	(フリガナ) 口座名義			
上記のとおり申請します。					
令和 年 月 日 (〒 -)					
組合員本人 住所					
氏名 (印)					
(自宅電話番号 - -)					
鹿児島県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿					

※本申請書には必ず療養に要した費用に関する証拠書類を添付してください。
 ※組合員本人の身元確認書類（運転免許証のコピー等）を必ず添付して下さい。
 ※支給の時効は国民健康保険法により2年となります。