

支給日 年 月 日

理事長	常務理事	事務長	課長	係	支給金額
					円
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・生年月日	昭和・平成 年 月 日			組合員との続柄	
傷病名					
発病、負傷年月日	平成 年 月 日				
療養期間	平成 年 月 日から 平成 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		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りますか		ある（平成 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			
上記の通り申請します。					
平成 年 月 日 (年 - 月) 組合員本人 住所 氏名					
⑩					
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。