

決	理事長	常務理事	事務長	担当	支	決定番号	第	号
						審査決定点数		点
						療養の給付に要する費用		円
						他		円
裁	年 月 日 右のとおり決定してよろしいか。				給	一部負担金		円
						支給決定額		円
					不支給	事由		

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証	記号	歯	番号					
療養を受けた被保険者			生年月日	昭・平	年	月	日	組合員との続柄
傷病名			療養期間		年	月	日から	日間
発病・負傷年月日		年	月	日	発病の原因			
傷病の経過			法64条	法60条	該当の有無			
療養内容	入院・入院外 食事療養費分	輸 その コルセット	血 他	療養に要した費用 (うち食事療養費分)		(うち		円 円)
診療・薬剤の支給又は手当を受けた病院・診療所・薬局・その他の者の名称, 所在地								
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								
療養の給付を受けることができなかつた理由 (治療材料を除く)								
備考								
上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。								
年 月 日								
住所 組合員 氏名								
茨城県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿 ㊟								

処 理 区 分	台帳	通知	支給	療養費審 査委員会 処 理	審査月	処理番号	審査済印