

受付日	
担当者	
電算処理	
支給額	

新型コロナウイルスPCR検査負担金支給申請書

※従業員の領収書を歯科医院で取りまとめて一括請求してください。

被保険者証			PCR検査を受けた 被保険者名	検査年月日	負担金額* (税込) (10,000円上限)
記号	番号	(枝番)			
群歯				令和 年 月 日	円
群歯				令和 年 月 日	円
群歯				令和 年 月 日	円
群歯				令和 年 月 日	円
群歯				令和 年 月 日	円
群歯				令和 年 月 日	円
群歯				令和 年 月 日	円
群歯				令和 年 月 日	円
群歯				令和 年 月 日	円
群歯				令和 年 月 日	円
負担金額合計(税込)					円

※負担金額欄は、検査料金（消費税込）が10,000円以上の場合には10,000円と記入。10,000円未満の場合は領収金額（消費税込）を記入。

添付書類	領収書の写し（新型コロナウイルスPCR検査とわかるもの）
負担金振込方法	会費・保険料等引落口座あてに一括振込いたします。

上記のとおり別紙証拠書類（領収書明細等）を添えて申請します。

令和 年 月 日

事業所（診療所） 所在地

名称

事業主（第1種組合員） 氏名

群馬県歯科医師国民健康保険組合理事長 様

※振込みは申請月の月末に行います。ただし、20日以降の申請は翌月末になることがあります。