

理事長	常務理事

電算処理	受付日・担当者
支給額	

国民健康保険療養費支給申請書			
被保険者証記号番号		群歯 — (枝番)	
療養を受けた被保険者氏名	組合員との続柄		
	昭和・平成・令和		年 月 日生
傷病名			
発病・負傷日	令和 年 月 日		
療養期間	令和 年 月 日～令和 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・所在地			
診療又は調剤に従事した医師、歯科医師、薬剤師の氏名			
医療費の支払いが生じた理由	1. 被保険者証の未提示（自費支払） 2. 治療用具の製作（コルセット等） 3. （医師が認めた）マッサージ・はり・きゅう・あんまの費用 4. その他		
発病の原因			
傷病の経過	1. 継続 2. 治癒	療養に要した費用	円
療養費の振込先金融機関	銀行・信用金庫・信用組合		支店
	普通・（ ）	番号	
	名 義 人	(フリガナ)	
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			
住 所			
組 合 員			
氏 名			
群馬県歯科医師国民健康保険組合理事長 様			

注. 申請には下記の書類を添付して下さい。

- 被保険者証の未提示（自費支払）…①診療明細書 ②領収書原本
- 治療用装具(コルセット等)製作…①「医師の意見書(同意書・証明書)および装具装着証明書」。弾性着衣等の場合は、医療機関等発行の「弾性着衣等装着指示書」。小児弱視等の治療用眼鏡等の場合は、医師の「眼鏡等作成指示書」。②領収書（原本）：装具や眼鏡等の名称、種類および内訳の費用額・義肢装具士の氏名（押印でも可）が記載された領収書の原本。③検査書（小児弱視等の治療用眼鏡等の場合）「眼鏡等作成指示書」に視力等の検査結果が明記されていない場合は、視力等の検査結果のコピー④療養費の支給申請を行う装具の現物写真（靴型装具に限る）
- はり、きゅう、マッサージした時…①医師の施術同意書 ②領収書原本