

受付日 担当者	
電算処理	
支給額	

C型肝炎健診・検査負担金支給申請書

被保険者証記号番号	群歯	—	(枝番)
健診・検査日	令和	年	月 日
実施医療機関	所在地		
	名称		
負担金額	(消費税含む)		
	円		
負担金の 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

受診者

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。