

記入方法 弾性着衣等を購入したとき

第 21 号様式

療養費支給申請書

支部名	(所属郡市区の名称)	被保険者証の記号番号	(記号番号)(枝番)
療養を受けた被保険者氏名	(弾性着衣等を購入した者の氏名)	生年月日	昭和・平成・令和 (購入した者の生年月日) 年 月 日
組合員との続柄	(購入した者との続柄)	個人番号(12桁)	マイナンバーをご記入ください
傷病名	(医師の証明から転記)	発病または負傷年月日	※わかれば、ご記入ください 令和 年 月 日
診療を受けた期間(装具等は、装着の指示を受けた日にち)	(装着指示書が発行された日にち)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで	
診療を受けた医療機関等の所在地・名称	(装着指示書から転記)		
診療をした医師等の氏名	(装着指示書から転記)		
療養に要した費用の額	(領収書の金額を転記)		
療養費支給申請の理由	例:弾性〇〇を購入したため		
負傷の原因	※記入不要		
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。			
(記入日・申請日)	令和 年 月 日	組合員住所	
(申請する組合員)	氏名	個人番号(12桁)	組合員本人のマイナンバーをご記入ください
静岡県歯科医師国民健康保険組合理事長 様			

組合員の金融機関口座へ振り込みますので、下欄にご記入ください。

振込先金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	通帳名義人(組合員)氏名
				(フリガナ)
※申請する組合員本人の金融機関口座を記入してください				
備考	費用額	円	一部負担金	円
			保険者負担額	円

〈添付書類等〉

- この申請書には、療養内容証明書及び領収書を添付すること。
- 個人番号(12桁)欄には、マイナンバーを記入す

理事長	常務理事	事務長	係

〈添付書類〉

- 担当医師による弾性着衣等装着指示書の原本
- 領収書の原本 (購入した被保険者のお名前と、費用、明細が記載されているもの)