

支給日 年 月 日

常務理事	事務長	課長	係	所得判定	支給金額	本人確認		
					円	個人番号	台帳	身元

高額療養費支給申請書 (世帯合算 多数該当 その他) (平成 年 月診療分)

被保険者証の記号番号	鹿歯・鹿歯従		
------------	--------	--	--

療養を受けた被保険者の氏名 生年月日・個人番号	1.	2.	3.
	年 月 日生	年 月 日生	年 月 日生

傷病名			
-----	--	--	--

療養を受けた医療機関の名称・所在地	所在地			
	名称			

上記の医療機関で療養を受けた期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間
------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

医療機関に支払った額 (保険適用分)	円	円	円
--------------------	---	---	---

他制度より一部負担金相当額又はその一部の支給を受けられる場合	制度名	制度名	制度名
	費用徴収の有・無	費用徴収の有・無	費用徴収の有・無

今回申請の診療月以前一年間に高額療養費の支給を三回以上受けた場合その直近の診療月	平成 年 月	平成 年 月	平成 年 月
--	--------	--------	--------

振込先	銀行 金庫 店		
	1. 普通 2. その他 ()	口座番号 No. (フリガナ) 口座名義	

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日 (千 -)

組合員本人 住所

氏名 (印)

(自宅電話番号 - -)

鹿児島県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

※本申請書には必ず領収書の写しを添付してください。
 ※支給の時効は国民健康保険法により2年となります。