

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
第三者行為の有無	有・無	有・無	有・無
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。
 ※組合員本人の身元確認書類(運転免許証のコピー等)を必ず添付してください。
 ※支給の時効は国民健康保険法により2年となります。