

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) (年 月診療分)										
被保険者記号・番号 <small>(マイナポータルや資格情報通知書、資格確認書等 を確認して記入)</small>		鹿歯・鹿歯従			枝番【 】					
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		年 月 日から 年 月 日まで 日間		年 月 日から 年 月 日まで 日間		年 月 日から 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		年 月		年 月		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。 <small>※申請内容について電話連絡することがありますので、日中に連絡のつく番号を記入してください</small>										
令和 年 月 日 (千 -)										
組合員本人 住所										
氏名 (印)										
(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。

※支給の効力は国民健康保険法により2年となります。