

支給日 年 月 日

理事長	常務理事	事務長	課長	係	支給金額
					円

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	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 費用徴収の 有・無	制度名 費用徴収の 有・無	制度名 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 店				
	1. 普 通 2. その他 ()	口座番号 No.			
		フリガナ			
		口座名義			

上記の通り申請します。

平成 年 月 日

(〒 -)

申請者 住 所

氏 名



鹿児島県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

(注) 領収書の写しを、この申請書に添付してください。