

高額療養費支給申請書

(様式第2号-2)

鹿児島県医師国民健康保険組合 御中

下記の通り申請します。

		申請日	平成 年 月 日		
所属の医療機関所在地	〒	記号・番号	3010		
所属の医療機関名		組合員名	(印)		
受給対象被保険者氏名		組合員との続柄	生 年 月 日		
受給対象者個人番号			M T S H	年 月 日生	
診療を受けた月	平成 年 月				
区分	入院 ・ 外来				
受診した医療機関等 または薬局等					
支払った窓口負担額	円				
添付書類(重要)	1. 診療の内容明細がわかる領収証写し 2. 前年の所得証明書(提出がない場合、最上位の所得者と認定し支給いたします。)				

《振込指定銀行口座》

銀行名		支店名	
口座種別	普通 ・ 当座	(フリガナ)	
口座番号		名義人	

(事務使用欄)

郡市医師会		医師会			
会員区分	A ・ B ・ C				
申請受理日	平成 年 月 日				
所得区分	ア・イ・ウ・エ 上位・一般		算定	費用額	円
支払回数	1 ・ 2 ・ 3 ・ 多数()			組合負担額	円
自己負担限度額	円			一部負担額	円
支給日	平成 年 月 日			高額療養費	円
備考					