

# 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         | 令和      | 年 | 月     | 日 |
| 所属の<br>医療機関所在地      | 〒  | 記号・番号       | 3010    |   |       |   |
| 所属の<br>医療機関名        |  | 組合員名        |         |   |       |   |
| 受給対象<br>被保険者<br>氏名  |  | 組合員との<br>続柄 | 生 年 月 日 |   |       |   |
| 受給対象者<br>個人番号       |  |             | S H R   |   | 年 月 日 | 生 |
| 診療を受けた月             | 令和 年 月   |             |         |   |       |   |
| 区分                  | 入院 ・ 外来  |             |         |   |       |   |
| 受診した医療機関等<br>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<br>2. 前年の世帯全員分の所得証明書。なお、保険者ではマイナンバーによる所得情報の確認が可能となっていることから、世帯全員分の所得確認書類の添付が省略されている場合は、本組合にて全員分の所得情報の照会を行いますのでご了承下さい。 |             |         |   |       |   |

## 《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) |                             | 役員 | 事務長   | 検印 | 受付 |
| 郡市医師会   | 医師会                         |    |       |    |    |
| 会員区分    | A ・ B ・ C                   |    |       |    |    |
| 申請受理日   | 令和 年 月 日                    |    |       |    |    |
| 所得区分    | ア・イ・ウ・エ・オ<br>Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ・一般・低Ⅱ・低Ⅰ | 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     | 令和 年 月 日                    |    | 高額療養費 |    | 円  |
| 備考      |                             |    |       |    |    |