

依頼日： 年 月 日

# 領収証明書発行申込書

1通あたり「2,200円(税込)」であることを了承し、以下の内容の領収証明書発行を申し込みます。

ふりがな  
患者氏名 (診察券番号： )

生年月日 大・昭・平・令 年 月 日

証明期間 年 月 日 ~ 年 月 日  
(すべて 入院分のみ 外来分のみ)

必要部数通 通

診療明細書 不要 要

診療科 科

使用目的 高額療養費払戻申請用 確定申告用 その他

備考 ( )

連絡先 - -

※裏面もご記入ください

以下 病院側記載欄

全体指定 HZ9 =99 .12+SNO(医科) *12+SNO(歯科) 95015	患者確認(申込時)	通数	支払	患者確認(受取時)	受付・会計	作成	発送
<input type="checkbox"/> 事前申込 <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> 本人確認書類 <input type="checkbox"/> 同世帯確認等	2,200円(税込)× 通	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 引換券(申込書控え) <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> 本人確認書類 <input type="checkbox"/> 同世帯確認等	/	/	/	

受取方法	
<input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> 受取予定日 ( 年 月 日)  受取日： 年 月 日 受取者署名

## 【申込方法】

※下記を「4支払窓口」へ提出してください。

- 領収証明書発行申込書【電話予約も可、翌日以降にお受取りいただけます】

### 受取希望の場合

- 受取予定日（ 年 月 日） 【平日 8:30～17:00 4番支払窓口】

【申込の翌日以降、1週間以内】受取予定日を経過してもお受取に来られない場合、破棄させていただきます。

### 郵送希望の場合

- 返信用封筒（送付先を記載、110円分の切手貼付）

郵送で依頼する場合は、上記に加えて「2,200円（税込）」×必要部数の金額を現金書留封筒に同封し送付してください。受付順に作成・発行いたします。

## 【宛先】

〒890-8520 鹿児島市桜ヶ丘8-35-1

鹿児島大学病院医務課収入係 (TEL 099-275-5165)

※申込者が患者さん以外の場合は、委任状の記入をお願いします。

## 委 任 状

年 月 日

委任者(患者)氏名

私は次のものを代理人と定め、証明書等の受領を委任します。

[代理人(申込者)]

ふ り が な  
氏 名

(続柄 )

住 所 患者住所と同じ それ以外 ( )

連 絡 先

※患者さんと別世帯の場合は、患者さんとの関係性が確認できる書類（戸籍謄本等）をご準備ください。