

申込日： 年 月 日

領収証明書発行申込書

1通あたり「3,300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：)

申請者 患者本人 代理人による申請(裏面の委任状もご記入ください)

証明期間 年 月 日 ~ 年 月 日

必要部数 通

使用目的 高額療養費払戻申請用 確定申告用※1
その他 保険会社提出用※2(診療明細書 要 不要)

※1 証明期間は支払期間となります。
保険診療分の自己負担額は、ご自身でマイナポータルからご確認いただけます。
※2 診療明細書は、受診した診療内容や手術名、検査名などが記載されています。
病名が必要な場合は、診断書をご依頼ください。

受取方法 お申込み当日の発行はできませんので、あらかじめご了承ください。
窓口受取希望
受取予定日(年 月 日)【平日 8:30~17:00 4番支払窓口】
【受付の翌日以降、1カ月以内】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。
郵送受取希望
返信用封筒(送付先を記載し、必要な料金分の切手を貼付したものを)をご用意ください。受付順に作成・発行いたします。

連絡先

以下 病院側記載欄 ■診療科コード() 患者控え(この面の写し)

全体指定 HZ9(+G) =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"/> 申請者確認書類 <input type="checkbox"/> 同世帯確認等	3,300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"/> 申請者確認書類 <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) <input type="checkbox"/> 受取予定者()
受取日： 年 月 日 受取者署名	

【申込方法】

◆必要書類等

領収証明書発行申込書

発行手数料（3,300円×必要部数） ※金額に誤りがないようご注意ください。

※ 郵送でお受け取りを希望の場合は、以下もお願いします。

返信用封筒（送付先を記載し、必要な料金分の切手を貼付したもの）

◆申し込み方法

●窓口にて申し込む場合

必要書類を「4支払窓口」に提出のうえ、3,300円×必要部数の手数料をお支払いください。

●現金書留にて申し込む場合

上の必要書類を「現金書留封筒」に封入し、以下の宛先へ送付してください。

受付順に作成・発行・ご返送いたします。

●お電話にて申し込む場合

以下の宛先にある電話番号にお電話のうえ、本申込書の内容をお伝えください。

翌日以降、「4支払窓口」にて手数料のお支払い及び領収証明書等のお渡しが可能です。

◆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。

また、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。

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。

[受任者(申込者)]

ふ り が な
氏 名

(患者との続柄)

住 所 患者住所と同じ それ以外 ()

連 絡 先

— —

患者(委任者)が委任状を記載できない場合は、以下もご記入ください。

[代筆者]

氏 名

(患者との続柄)

住 所 患者住所と同じ それ以外 ()

代 筆 理 由