

支給決定伺		支給期間		支給額	
常務理事	事務長	係	係	平成 年 月分	¥ —
支給内訳	レセ点数				
	①	点 × 総医療費	②		
	ア	252,600 円 + (円 - 842,000 円) × 1% =	円	140,100 円	ア
	イ	167,400 円 + (円 - 558,000 円) × 1% =	円	93,000 円	イ
	ウ	80,100 円 + (円 - 267,000 円) × 1% =	円	44,400 円	ウ
エ	57,600 円			44,400 円	エ
	①	-	②	=	円

健康保険高額療養費支給申請書 (平成 年 月 診療分)

(注意事項) ⑩欄は、被保険者(本人)が喪失後に受領するとき、被保険者名義の希望する振込金融機関名を記入してください。

① 被保険者証の記号・番号		② 被保険者の氏名	
③ 療養を受けた者の氏名	1.	2.	3.
④ 療養を受けた者の生年月日	昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日
⑤ 被保険者との続柄			
⑥ 傷病名			
⑦ 療養を受けた病院・診療所等の名称及び所在地	名称		
	所在地		
⑧ ⑦の病院等で療養を受けた期間	年 月 日から 日間 年 月 日まで	年 月 日から 日間 年 月 日まで	年 月 日から 日間 年 月 日まで
⑨ ⑧の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額	円	円	円
⑩ 振込希望の銀行名	銀行 支店〔普通・当座〕	口座番号	<フリガナ>
⑪ 備考		座	名義人
上記のとおり申請します。 年 月 日 被保険者の住所 (請求者) 氏名 ⑩			
三重県自動車販売健康保険組合理事長 様			

被保険者本人が市区町村民税非課税者の場合は、この欄に市区町村長より証明を受けるか、「(非)課税証明書」の交付を受け原本を添付してください。
ただし、平成29年8月診療分からは、非課税の申し出により添付が不要の場合がありますので、当組合へご連絡ください。
※他の申請において、今回の申請に必要な証明または(非)課税証明書をすでに提出されている場合は、改めて証明や添付いただく必要はありません。

市区町村長が証明する欄	当該被保険者は平成 年度の市区町村民税が課されないことを証明する。	市区町村長名 ⑩
-------------	-----------------------------------	----------

(4月から7月診療分については、前年度の課税に関する証明を、8月から翌年3月診療分については当年度の課税に関する証明を受けてください。)

受付日付印

委任状

この請求金額の受け取り方を _____ に委任します。

年 月 日

被保険者氏名印

⑩

(注意) 申請印と委任状印は同じ印を押印してください。