

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	=	円	②
	ア	252,600	円+	(	円 - 842,000	円) × 1%	= 円 140,100
	イ	167,400	円+	(	円 - 558,000	円) × 1%	= 円 93,000
	ウ	80,100	円+	(	円 - 267,000	円) × 1%	= 円 44,400
エ	57,600	円					円 44,400
		①	-	②	=		円

## 健康保険高額療養費支給申請書 (平成27年2月診療分)

(注意事項) 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。	被保険者証の記号・番号		被保険者の氏名		三重 太郎		
	療養を受けた者の氏名		1. 三重 太郎	2.	3.		
	療養を受けた者の生年月日		昭・平 56年 3月 1日	昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日		
	被保険者との続柄		本人				
	傷病名		鎖骨骨折				
	療養を受けた病院・診療所等の名称及び所在地	名称	病院				
		所在地	三重県 市 町				
	の病院等で療養を受けた期間		27年2月1日から 28日間 27年2月28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		
	の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額		円	円	円		
	振込希望の銀行名		銀行	支店(普通・当座)	口座番号	義人	
備考				<フリガナ>			
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>被保険者の住所 三重県 市 町 (請求者)</p> <p>氏名 三重 太郎</p> <p>三重県自動車販売健康保険組合理事長 様</p>							

退職者・任意継続被保険者の方は必ず記入してください

受付日付印

### 委任状

この請求金額の受け取り方を委任します。

年 月 日

委任する場合は忘れずに記入してください

被保険者氏名印

(注意) 申請印と委任状印は同じ印を押印してください。