

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

健康保険高額療養費支給申請書 (令和2 年 3 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	〇〇〇〇	② 被保険者の氏名	三重 太郎
③ 療養を受けた者の氏名	1. 三重 太郎	2.	3.
④ 療養を受けた者の生年月日	S・H・R 56年 3月 1日	S・H・R 年 月 日	S・H・R 年 月 日
⑤ 被保険者との続柄	本人		
⑥ 傷病名	鎖骨骨折		
⑦ 療養を受けた病院・診療所等の名称及び所在地	名称	〇〇病院	
	所在地	三重県〇〇市〇〇町	
⑧ ⑦の病院等で療養を受けた期間	R2年3月1日から R2年3月31日まで 31日間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	年 月 日から 年 月 日まで 日間
⑨ ⑧の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額	〇〇〇,〇〇〇 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			
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和〇 年 〇月 〇日 被保険者の住所 三重県〇〇市〇〇町 (請求者)</p> <p>氏名 三重 太郎 (印)</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

住民税非課税者の方はご注意ください

市区町村長が証明する欄	当該被保険者は 年度の市区町村税が課されないことを証明する	市区町村長名 (印)
-------------	-------------------------------	------------

(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)

委任状

受付日付印

この請求金額の受け取り方を委任します。

年 月 日

被保険者氏名印

(印)

退職者・任意継続被保険者以外の方は忘れずに記入してください

(注意) 申請印と委任状印は同じ印を押印してください。