

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				
	④	点 × 総医療費	⑤		
	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	
	④	-	⑤	=	円

## 健康保険高額療養費支給申請書 (平成 29 年 2 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	昭・平56年 3月 1日	昭・平 年 月 日	昭・平 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	29年2月1日から 28日間 29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		
	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	座 名義人 <フリガナ>		
	⑪ 備考					
上記のとおり申請します。 平成〇〇年 〇月 〇日 被保険者の住所 三重県〇〇市〇〇町 (請求者) 氏名 三重 太郎 (印) 三重県自動車販売健康保険組合理事長 様						

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留意ください

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	(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。)

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

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

(印)

(注意) 申請印と委任状印は同じ印を押印してください。