

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	¥ —
支給内訳	レセ点数				
	ア	252,600 円+	( 点 × 総医療費 円-842,000 円) × 1% =	円	140,100 円
	イ	167,400 円+	( 円-558,000 円) × 1% =	円	93,000 円
	ウ	80,100 円+	( 円-267,000 円) × 1% =	円	44,400 円
	エ	57,600 円			44,400 円
		①	- ②	=	円

## 健康保険高額療養費支給申請書 ( 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		S・H・R 年 月 日	S・H・R 年 月 日 S・H・R 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			
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 ⑫			
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 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 ⑬
-------------	-------------------------------	----------

(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 \_\_\_\_\_ に委任します。

年 月 日

被保険者氏名印

⑭

(注意) 申請印と委任状印は同じ印を押印してください。