

支給決定額								円
算出方法								
診療点数 (割合 自己負担額) × 2.3 = (円) ①								
① - { } = (円)								

常務理事	事務長	担当者

保険給付金支給申請書

平成 年 月 日

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者の 記号・番号	記号 番号	②被保険者の 氏名・押印	(従業員番号 :)		印
	③被保険者の 現住所	〒 電話番号 ()				
	④被保険者の 勤務する事業所	電話番号 ()		⑤被保険者の 資格取得日	昭和 平成 年 月 日	
	⑥申請事由	1. 公費に該当しているが、県外で受診したため 2. " 市町村等に一部負担金を支払っているため 3. 公費による助成該当者でなくなったため 4. その他 () ※医療機関もしくは、市町村等に支払ったときの領収書を必ず添付してください。(コピー可)				
	⑦診療を受けた人			生年月日	昭和・平成 年 月 日	
	⑧診療年月	平成 年 月診療		診療期間	自 至 年 年 月 月 日 日 計 日間	

診療月単位で請求してください。

受 付

資生堂健康保険組合

健保確認欄					
レセプトシーケンスNo.		決定点数		処理 担当	

2008.10.01