記入見本

支給決定額							円

常務理事	事務長	担当者

算出方法　この欄は健康保険組合が記入します

診療点数　　割合　　自己負担額

（　　　　点）×２.３＝（　　　　円）・・・・①

$$① - \left\{ \begin{array}{l} 80{,}100円・20{,}000円※ \\ 150{,}000円 \\ 40{,}200円 \\ 77{,}700円 \end{array} \right\} = （\qquad 円）$$

※100円未満切捨て

保険給付金支給申請書

平成 00年 00月 00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 〇〇 番号 000000	②被保険者の氏名・押印	（従業員番号： 0000000 ） 花椿　太郎 花椿 印
	③被保険者の現住所	〒 000−0000 東京都江東区住吉〇-〇-〇	電話番号	03（0000）0000
	④被保険者の勤務する事業所	(株)資生堂 電話番号 03（0000）0000	⑤被保険者の資格取得日	昭和 [✓ 平成] 00年 00月 00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	花椿　一郎	生年月日	昭和・[✓ 平成] 00年 00月 00日
	⑧診療年月	平成 00 年 0 月診療	診療期間	自 00 年 0 月 0 日 至 00 年 0 月 00 日　計 00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