様式第2号(第4条関係)

高額療養費受領委任払　承　認不承認　決定通知書

第　　　　　号

　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　様

えびの市長　　　　　　　　　印

　　　　　　年　　月　　日付けで申請のあった高額療養費受領委任払については、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | 被保険者名 |  |
| 承認 | 適用される年月 | 　　　　年　　　　月分 |
| 保険医療機関等 |  |
| レセプト請求点数 | 点 |
| 一部負担金 | 円 |
| 自己負担分(1％加算を含む) | 円 |
| 支給決定金額 | 円 |
| 不承認 | (理由) |