

常務理事	事務長	担当者

高額医療費貸付申込書（平成 年 月診療分）

被保険者の氏名 保険証の記号・番号	記号	番号	被保険者氏名		
被保険者の連絡先 （自宅住所）	〒 ー Tel ()				
被保険者の事業所名					
療養を受けた者の請求額 (自責診療分除く)	氏名（続柄）	① (続柄)		② (続柄)	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日		昭和・平成 年 月 日	
	傷病名(入院・外来)	(入院・外来)		(入院・外来)	
	療養を受けた医療機関	名称			名称
		所在地	電話 ()		所在地
	療養を受けた期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで(日間)		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで(日間)	
請求額			円		
上記高額医療費の貸付けの申込をいたします。					
平成 年 月 日					
スタンレー電気健康保険組合理事長殿					
				被保険者氏名 ㊟	
※被保険者本人が氏名記入の場合、押印不要					
振込先 (郵便局除く)	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 労働金庫 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 営業所 <input type="checkbox"/> 出張所				
口座種別・番号 口座名義	<input type="checkbox"/> 普通(総合) <input type="checkbox"/> 貯蓄 <input type="checkbox"/> 当座				口座名義(カタカナで記入してください)

健 保 記 入 欄	貸付決定金額	百 拾 万 千 百 拾 円 0 0 0	貸付対象 期 間	自平成 年 月 日 至平成 年 月 日(日 間)
	算出基礎	自己負担 負担限度額	貸付年月日	平成 年 月 日
		円一	円×0.8＝ 円	

【注意事項】

1. この申請書は、暦月ごとに作成してください。(同一月内についてのみ記入。)
2. 請求額欄は、病院からの請求額もしくは支払った保険診療額(特別室料、食事療養費等は除く。)を記入してください。
3. 健康保険高額医療費資金借用証書と診療を受けた費用の内訳のある請求書または領収書の原本を添付してください。
4. 合算高額療養費(同一世帯で二件高額療養費該当)の場合は、①と②にそれぞれ記入してください。
5. この貸付金は、高額療養費、一部負担還元金、家族療養付加金として健保組合から支給の際に差し引く方法で回収します。