

常務理事	事務長	担当者

高額医療費貸付申込書（平成18年 5月診療分）

被保険者の氏名 保険証の記号・番号	記号 1	番号 12345	被保険者氏名	健保 太郎			
被保険者の連絡先 （自宅住所）	〒123 - 4567 東京都世田谷区〇〇1-23-4			Tel 03 （1234）5678			
被保険者の事業所名	スタンレー電気株式会社						
療養を受けた者の請求額 （自責診療分除く）	氏名（続柄）	① 健保 花子 （続柄 妻）			② （続柄 ）		
	生年月日	昭和・平成 40年 1月 1日			昭和・平成 年 月 日		
	傷病名（入院・外来）	心筋梗塞 その他 （入院・外来）			（入院・外来）		
	療養を受けた医療機関	名称 ○×病院 所在地 〒123-4567 東京都港区〇×1-11-1 電話 03（1111）2222			名称 所在地 電話 （ ）		
	療養を受けた期間	平成18年 5月 1日から 平成18年 5月 31日まで（31日間）			平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで（ 日間）		
	請求額	1,020,000円			円		
上記高額医療費の貸付けの申込をいたします。 平成 18年 6月 10日 スタンレー電気健康保険組合理事長殿 被保険者氏名 健保 太郎 被保険者本人の口座を記入してください。 振込先（郵便局除く） みずほ ■ 銀行 □ 信用金庫 □ 労働金庫 □ 農協 ■ 支店 □ 営業所 □ 出張所 口座種別・番号 □ 貯蓄 □ 当座 1 2 3 4 5 6 7 口座名義（カタカナで記入してください） ケンポ タロウ							

健保記入欄	貸付決定金額	百 拾 万 千 百 拾 円	貸付対象期間	自平成 年 月 日 至平成 年 月 日
	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】

- 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。）
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。