

		受付年月日		令和	年	月	日
※貸付番号		記入例		常務理事	事務長	担当	担当
高額医療費資金貸付決定伺							
貸付額	決定期間	令和	年	月	日	算出基礎	高額療養費支給見込額×0.8
円		令和	年	月	日()日間		

健康保険高額医療費資金貸付申込書

				提出日 令和 年 月 日			
被保険者証の記号番号		記号 1 2 3	番号 4 5 6	事業所の 名 称	× × × × × 株式会社		
被 保 険 者	氏 名	市 光 太 郎		所属部署	× × 部		
	生年月日	T(S) H.R 32 年 2 月 7 日		職場電話	× × × × - × × - × × × ×		
療 養 を 受 け た 者	氏 名	市 光 太 郎					
	生年月日	T(S) H.R 32 年 2 月 7 日		被保険者との続柄	本人		
傷 病 名		胃 潰 瘍					
診療を受けた	名 称	× × 病院				TEL × × × × - × × - × × × ×	
病院・診療所	所在地	神奈川県伊勢原市〇〇番地					
上記の病院または診療所 で療養を受けた期間		令和 17 年 10 月 1 日 令和 17 年 10 月 31 日まで 31 日間					
上記期間中の療養につき 請求された(支払った)金額		× × × , × × × 円					
公費負担制度適用の有無		公費負担制度名 有 () (無)					
振 込 先	銀 行 名	市 光		☒ 銀 行 ☐ 信用金庫 ☐ 農 協	伊勢原 支店 (店番コード: × × × × × × ×)		
	口座名義	フリガナ イチヨウ タロウ 市 光 太 郎		口座番号	×	×	×
				区 分	☒ 普通	☐ 当座	
健康保険高額医療費資金の貸付を受けたいので上記のとおり申込みます。							
令和 17 年 11 月 10 日 〒 259-1129 被保険者住所 神奈川県伊勢原市〇〇番地 TEL × × × × - × × - × × × × 氏 名 市 光 太 郎 (印)							

《 添付書類 》

医療機関等からの療養に要する費用の内訳のある請求書又は領収書

高額医療費資金貸付の申請について

＜提出書類＞ ・健康保険高額医療費資金貸付申込書
・費用内訳のある請求書または領収書《添付書類参照》

＜貸付金額＞ 高額療養費の支給見込額の80% (1,000円未満は切り捨て)

＜振込み日＞ 「貸付申込書」を提出されたら、健保組合では、速やかに貸付の可否及び貸付額を決定し、被保険者に通知すると共に、申込書記載の金融機関に振込みます。

＜精算方法＞ 現金給付より、貸付金額を差引いた額をお支払い致します。尚、診療費の減額により現金給付との相殺ができない場合は相当分をお返し頂きますので、ご了承ください。