

本人・家族 **高額医療費資金貸付申込書** (年 月診療分)

貸付決定伺い	受付日	年 月 日	診療期間			常務理事	事務長	係
	決済日	年 月 日	自 年 月 日 至 年 月 日 (日間)					
	支払日	年 月 日						
	標準報酬月額	所得区分	非課税	多数回	世帯合算	窓口負担額	医療費総額	
	千円		該当・非該当	該当・非該当	あり・なし	円	円	
	算定式	(限度額)・・・1円未満四捨五入 (高 額) (貸付額)						
	貸付番号	No. -	貸付決定額 (千円未満切捨て)			円		

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者の記号・番号	-	
	被保険者	氏名・生年月日	(昭・平 年 月 日生)
		事業所名称 (所属名称)	()
	受診者名・生年月日・続柄		(昭・平 年 月 日生)(続柄:)
	診療を受けた期間		年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)
	他の制度により最終的に自己負担が軽減される場合①②に記入 (市町村の実施する助成制度等)	① その制度名	
		② 自己負担の有無	有 ・ 無
	高額医療費資金貸付規程により資金の貸付を申し込みます。なお、貸付金が支給される際は下記の金融機関口座へお振り込みください。 平成 年 月 日 阪急阪神健康保険組合理事長殿 被保険者 住 所 〒 電話番号 氏 名 (印)		
	振込希望金融機関	金融機関名	銀行・農協 支店 信用金庫 支所
		口座種別・番号	(普通・当座) 口座番号
フリガナ			
口座名義人			

【添付書類】

- ・医療機関等発行の保険診療点数のわかる請求書または領収書
(請求書が無い場合は、別紙(健保様式)に医療機関等の証明を受けてください)
- ・「高額医療費貸付金借用書」(健保様式)