

健保使用欄	受付年月日	令和 年	事務理事	事務長	担当者
	承認年月日	令和 年 月 日	記入例		
	貸付年月日	令和 年 月 日			
	貸付番号				
	貸付決定額	⑥			円
	算出基準	健保使用欄			
① 自己負担額	② 定額	③ (総医療費-定額) × 1%(端数円未満四捨五入)	④ 高額療養費 ①-(②+③)		
④ × 90%	⑤ 不支給額(千円未満)	⑥ 貸付決定額 ④-⑤			

高額医療費資金【貸付】申込書

(令和 年 月診療分)

被保険者証番号	0000 — 0000	被保険者氏名	〇〇 〇〇
事業所名	〇〇〇〇(株) 〇〇〇〇支店	TEL	00 (0000) 0000
療養を受けた者の氏名	〇〇 〇〇〇		
療養を受けた者の生年月日	平成 〇〇 年 〇 月 〇〇 日 令和 令和 〇〇 年 〇 月 〇〇 日	平成 令和 年 月 日 令和 令和 年 月 日	平成 令和 年 月 日 令和 令和 年 月 日
被保険者との続柄	妻		
傷病名	心筋梗塞		
療養を受けた医療機関	名称 〇〇病院 (TEL 00-0000-0000) 所在地 〒000-0000 東京都〇〇区〇〇〇-00-0	(TEL) (TEL)	(TEL) (TEL)
療養を受けた期間	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇 日 から 令和 〇〇 年 〇〇 月 1 日 まで (31 日間)	令和 年 月 日 から 日 まで (日間)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで (日間)
請求額または支払った額	384,120 円	乳幼児医療 ひとり親医療 障害者医療 等	円
他の制度により自己負担相当額またはその一部の支給を受けられるかどうか	*受けられる (制度名) (費用徴収の 有 . 無) *受けられない	*受けられる (制度名) (費用徴収の 有 . 無) *受けられない	*受けられる (制度名) (費用徴収の 有 . 無) *受けられない
診療合計点数	128,040 点	点	点
薬剤一部負担額	0 円	円	円
入院・通院の別	1. 入院 2. その他	1. 入院 2. その他	1. 入院 2. その他
振込希望金融機関	※被保険者の銀行口座をご記入ください。 機 関 コード 0 0 0 0 支 店 コード 0 0 0 〇〇 銀行 金庫 信組 本店 支店 農協 漁業 本所 支所 その他 { } 出張所		口座 No 普通 〇〇〇〇〇〇〇〇 当座 〇〇〇〇〇〇〇〇 口座名義 (カタカナ) 〇〇〇〇 〇〇〇

高額療養費資金の貸付けを受けたいので上記のとおり申込みます。

令和 〇〇 年 11 月 10 日 〒 000 — 0000

住 所 東京都〇〇区〇〇〇-00-0

被保険者 氏 名 〇〇 〇〇

電 話 00-0000-0000

森永健康保険組合理事長 殿

申請書を記入した年月日を記入して下さい。