

高額医療費資金貸付申込書

次のとおり、高額療養費資金の貸付を申し込みます。

被保険者証 記号・番号		事業所名	
被保険者 氏名	印	連絡先 電話番号	

高額医療費資金貸付金の償還に関する一切の権限を理事長に委任します。

受診者名		続柄		生年月日	年 月 日
傷病名					
療養を受けた 期間	年 月 日 ~ 同月 日 (日間)	診療区分	入院 ・ 外来		
負傷の原因	<small>※負傷原因が第三者行為による場合は、申込前に当組合へご連絡下さい。</small>				
療養を受けた医療機関（保険薬局）	名称				
	所在地				
	連絡先 電話番号				
借 用 金 の 振 込 先	銀行・信金・信組		銀行コード		
	本店・支店・出張所		支店コード		
	預金種別	普通 ・ 当座 ・ 貯蓄	口座番号		
	口座名義（フリガナ）		<small>※被保険者名と同一にすること。</small>		

組 合 記 入 欄	貸付可否	可 ・ 否	適用区分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ ・ 他 ()	多数該当	無 ・ 有	
	診療年月	年 月	貸付予定期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
	算 定	自己負担額 ①		× = 円			
		自己負担限度額 ②		252,600+ (-842,000) × 0.01 =	円	140,100円
				167,400+ (-558,000) × 0.01 =	円	93,000円
		80,100+ (-267,000) × 0.01 =	円	44,400円		
		57,600円	44,400円				
		35,400円	24,600円	他 (円)			
貸付決定額 (①-②) × 0.8 (1,000円未満切捨)			, 0 0 0 円	貸付金支払日	年 月 日		

※申込書に、必ず内訳のわかる領収書(写)または請求書(写)を添付してください。

常務理事	事務長	担当者

注：貸付金は高額療養費支給予定の8割となります。