

健保使用欄	受 付 年 月 日	平成	年	月	日	理事長	常務理事	事務長	担当者	
	承 認 年 月 日	平成	年	月	日					
	貸 付 年 月 日	平成	年	月	日					
	貸 付 番 号									
	貸 付 決 定 額	⑥							円	
算出基準										
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

(平成 年 月診療分)

被保険者記入欄	記 号 一 番 号	—		被保険者氏名										
	事 業 所 名											TEL	()	
	療養を受けた者の氏名													
	療 養 を 受 け た 者 の 生 年 月 日	昭和	年	月	日	昭和	年	月	日	昭和	年	月	日	
	被 保 険 者 と の 続 柄													
	傷 病 名													
	療 養 を 受 け た 医 療 機 関	名 称	(TEL — —)			(TEL — —)			(TEL — —)					
		所在地	〒			〒			〒					
	療 養 を 受 け た 期 間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで (日間)	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで (日間)	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで (日間)										
	請求額または支払った額	円			円			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	点			点			点						
	薬 剤 一 部 負 担 額	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 支 店 コード ☐ 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			
											口座 名義	(カタカナ)		
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。 平成 年 月 日 〒 — 住 所 _____ 被保険者 氏 名 _____ 印 電 話 _____ () _____ プリマハム健康保険組合理事長 殿														

* この申込書は、診療月ごとに作成してください。 * 請求明細書または、領収書を添付してください