



高額医療費資金貸付申込書(支給No.)

(年 月診療分)

被保険者記入事項	①被保険者証の記号・番号	(記号) (番号) —	②所属事業所の名称		
	③被保険者の氏名				
	④療養を受けた者の氏名	1.	2.		
	⑤療養を受けた者の生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	明・大・昭・平 年 月 日		
	⑥被保険者との続柄				
	⑦傷病名				
	⑧療養を受けた病院・診療所等の名称及び所在地	(名称) (所在地) 〒 —	(名称) (所在地) 〒 —		
	⑨「⑧」の病院等で療養を受けた期間	年 月 日から 日間 年 月 日まで	年 月 日から 日間 年 月 日まで		
	⑩「⑨」の期間に受けた療養に対しての病院等からの請求額又は支払った額	円		円	
	⑪公費負担制度の適用の有無	有	無	有	無
		制度名: 費用徴収の有無 有・無		制度名: 費用徴収の有無 有・無	
	⑫お振り込み先	銀行 支店	口座番号(普通・当座)	受取人氏名(フリガナ)	
上記のとおり申込いたします。					
平成 年 月 日	〒 —	TEL	—	—	
そごう・西武健康保険組合 理事長 殿			被保険者の 住所氏名	印	

委任状	健康保険組合からの高額療養費の受領を下記の者に委任いたします。
	平成 年 月 日 被保険者の氏名 印
	そごう・西武健康保険組合理事長またはその復代理人 殿 復代理人の氏名 印

健康保険組合記入	貸付金見込額算出基礎		□ 直接払	
	※高額療養費	円×0.8=	円(千円未満切捨て)	□ 間接払(給与振込)
	※高額療養費=			
	決裁貸付額	円	支払日	平成 年 月 日
	・一般被保険者資格取得年月日	昭和・平成 年 月 日	精算(相殺)日	常務理事
	標準報酬月額	円 多数該当 有・無		
・任意継続被保険者資格取得年月日	平成 年 月 日	平成 年 月 日		
標準報酬月額	円 多数該当 有・無			

【添付書類】

- 医療機関からの療養に要する費用の内訳のある請求書(写し)又は領収書(写し)
- 被保険者が市区町村民税を課されない者又は生活保護法の要保護者であるときはその旨がわかる書類

そごう・西武健康保険組合