

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) 10 - 555123 (番号)	②所属事業所の名称	(株)〇〇〇 〇〇店
	③被保険者の氏名	心齋橋 太郎		
	④療養を受けた者の氏名	1. 心齋橋 花子	2.	
	⑤療養を受けた者の生年月日	明・大・昭・平 57年 2月 14日	明・大・昭・平 年 月 日	
	⑥被保険者との続柄	妻		
	⑦傷病名	〇〇〇〇〇		
	⑧療養を受けた病院・診療所等の名称及び所在地	(名称) 〇〇〇病院 (所在地) 〒 559-0017 大阪府住之江区中加賀屋〇〇〇-〇〇	(名称)	(所在地) 〒 -
	⑨「⑧」の病院等で療養を受けた期間	17年 8月 1日から 17年 8月 31日まで	31日間	年 月 日から 年 月 日まで 日間
	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	1,000,000 円		円
	⑪公費負担制度の適用の有無	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>	制度名: 費用徴収の有無 有・無	有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/>
	⑫お振り込み先	〇〇 銀行 △△ 支店	口座番号(普通・当座) 123456	受取人氏名(フリガナ) シンサイバシ タロウ

上記のとおり申込いたします。
平成 18年 11月 5日
〒673-0123 TEL 078-210-1234
被保険者の 神戸市神戸町4-3-15
住所氏名 心齋橋 太郎 (印)

そごう・西武健康保険組合 理事長 殿

委 任 状	健康保険組合から的高額療養費の受領を下記の者に委任いたします。	
	平成 18年 11月 5日	被保険者の氏名 心齋橋 太郎 (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
標準報酬月額 円 多数該当 有・無	平成 年 月 日	
・任意継続被保険者資格取得年月日 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