

健康保険 高額医療費資金貸付申込書

届出 令和 年 月 日		被保険者等		氏名	所属事業所	Tel () - (内 -)
被保険者	記号	番号	生年月日			

受診対象者	(該当を○で囲む) 被保険者 (本人) ・被扶養者 (家族)	被扶養者の場合, その氏名と 被保険者との続柄	(氏名)	(被保険者との続柄)
-------	-----------------------------------	----------------------------	------	------------

診療機関の 名称・診療 科 および 所在地	名称	診療科	当該貸付に係る診療年月	令和 年 月
	所在地	請求を受けた額	円	

振込先 (貸付金振込指定口座)	金融機関コード	支店コード	預金種別	口座番号	口座名義
	銀行 金庫 信用組合 農協	支店 支所	1.普通 (総合) 2.当座	フリガナ	

被保険者 確認欄	<input type="checkbox"/>	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人 (被保険者) が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
---------------------	--------------------------	---

貸付額	百	十	万	千	0	0	0	円	d×0.8 (千円未満切捨)	貸付予定日	令和 年 月 日	
算出基礎	a. 総医療費		円		医療機関名		入・外	医療費	円	区分	自己負担限度額	多数回
	b. 本人負担額 a×()		円				入・外	円	ア	円 (-842,000) ×1%+252,600	140,100 円	
	c. 自己負担限度額		円				入・外	円	イ	円 (-558,000) ×1%+167,400	93,000 円	
	d. 高額医療費 b - c		円				入・外	円	ウ	円 (-267,000) ×1%+ 80,100	44,400 円	
							入・外	円	エ	57,600 円	44,400 円	
					世帯全体医療費		入・外	円	オ	35,400 円	24,600 円	

健保組合	伺			決定年月日			貸付入力	返済入力
	常務理事	事務長	担当	年	月	日		

(注意事項)

- ① 申込年月日および太枠の中をご記入ください。
- ② 療養に要する費用の内訳のある請求書または領収証を添付してください。
- ③ 本申込みは、当該貸付に係る診療月の翌月 10 日までに直接健康保険組合へ提出してください。

受付印