記 入 方 法 ・ 注 意 事 項

1．太枠内を記入してください。

2．記入した内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と氏名（サイン）をご記入ください。

3．この申請書は、暦月ごとに作成してください。（同一月内についてのみ記入してください。）

4．病院等からの請求額または支払額は保険診療分について記入し、差額ベッド代や歯科で認められている差額徴収額は除いてください。

5．診療を受けた費用の内訳のある請求書または領収書の原本を添付してください。（原本は健保組合で確認後、返却いたします。）

6．合算高額療養費（同一世帯で二人以上高額療養費該当の場合は、下記申込書の①②にそれぞれ記入してください。

伺年月日	令和　年　月　日	決裁伺	常務理事	事務長	ＭＧＲ	担当者
貸付決定金額						
貸付対象期間	自令和　年　月 至令和　年　月 日間	定基礎	療費）×（負担割合）－（高額療養費）〕×（貸付金） （　円×　－　円）×0.8			
貸付年月日	令和　年　月　日					
備　考						

記入不要

健康保険高額医療費貸付申込書

（令和　〇〇年　8月診療分）

記号・番号	6－ 12345	事業会社	セブン－イレブン・ジャパン	店部名	東京ＤＯ
療養を受け 氏名		① 健保　太郎	続柄	②	続柄
生年月日		昭・平・令　〇〇年　〇〇月　〇〇日		昭・平・令　年　月　日	
傷病名		大動脈瘤解離			
療養を受けた医療機関	名称	瀬文病院			
	所在地	東京都＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊			
療養を受けた期間		令和　〇〇年　8月　5日から 令和　〇〇年　8月23日まで 19日間		ら で 日間	
請求額または支払額 ※保険適用金額のみ記入		1，000，000円		円	
※　貸付決定内訳					

同一月の期間のみ記入

②は同一月に一医療機関で21,000円を超える自己負担がある場合のみ記入。

記入不要

健康保険高額医療費資金の貸付を受けたいので上記のとおり申し込みます。

また、本申請書の提出を事業主へ委任することを承諾します。

令和　〇〇年　9月　18日

住所　〒　123　－　4567

東京都千代田区＊＊＊＊＊＊＊＊＊

ｾﾌﾞﾝ＆ｱｲ・ﾎｰﾙﾃﾞｨﾝｸﾞｽ

健康保険組合理事長　殿

電話　＊＊　－　＊＊＊＊　－　＊＊＊＊

氏名　健保　太郎

振込口座の確認

☑ 他の給付同様、高額医療費貸付の振込口座は給与口座を希望

※会社から給与口座情報をいただきますので振込までの時間が短縮されます。

☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を希望

※口座情報の反映に

※いずれにもチェ

※被保険者本人以

給与口座を利用する場合は記入不要

金融機関コード		店番号		当座	号
ゆうちょ銀行の場合 口座番号はこちらに記入	記号 1	0	の	番号	