

# 高額医療費資金貸付申込書

( 〇 年 〇 月診療分)

(記入上の注意)  
1 この申込書は、診療月ごとに作成して下さい。  
2 ⑩欄は、他の制度により自己負担相当額又はその一部の支給を受けられるかどうかについて、該当する方に〇印をつけ、受けられる場合はその「制度名」を記入して下さい。  
又、自己負担相当額の一部について費用を徴収されたか否かについて該当する方に〇印をつけて下さい。

|  |     |   |   |   |  |
|--|-----|---|---|---|--|
| ① 被保険者等記号・番号   |     | 〇〇〇〇〇〇〇〇                                | ② 事業所の名称                                | 〇×株式会社                                  |  |
| ③ 診療を受けた者の氏名   |     | 1. 健保 太郎                                | 2.                                      | 3.                                      |  |
| ④ 療養を受けた者の生年月日   |     | 昭平・令 〇年 1月 1日                           | 昭・平・令 年 月 日                             | 昭・平・令 年 月 日                             |  |
| ⑤ 被保険者との続柄   |     | 本人                                      |   |   |  |
| ⑥ 傷病名  |     | 胃潰瘍                                     |   |   |  |
| ⑦ 療養を受けた病院・診療所等の名称及び所在地  | 名称  | 〇〇総合病院<br>電話123(456)7899                | 電話 ( )                                  | 電話 ( )                                  |  |
|  | 所在地 | 〇×市△△町1-1-1                             |   |   |  |
| ⑧ ⑦の病院等で療養を受けた期間   |     | 〇 年 5月 1日から 20日間<br>〇 年 5月 20日まで        | 年 月 日から 日間<br>年 月 日まで                   | 年 月 日から 日間<br>年 月 日まで                   |  |
| ⑨ ⑧の期間に受けた療養に対し病院等から請求を受けた額又は支払った額                             |     | 350,000 円<br>( )                        | 円<br>( )                                | 円<br>( )                                |  |
| ⑩ 他の制度により自己負担相当額又はその一部の支給を受けられるかどうか                            |     | 受けられる<br>(制度名 )<br>(費用徴収の有・無)<br>受けられない | 受けられる<br>(制度名 )<br>(費用徴収の有・無)<br>受けられない | 受けられる<br>(制度名 )<br>(費用徴収の有・無)<br>受けられない |  |
| ⑪ 前12ヶ月中に高額療養費の支給を3回以上受けた場合、その直近の診察月、被保険者等記号・番号及び支給を受けた健康保険組合名 |     | 診療月                                     |   |   |  |
|  |     | 被保険者等記号・番号                              |   |   |  |
|  |     | 健康保険組合名                                 |   |   |  |

高額医療費資金の貸付けを受けたいので上記のとおり申し込みます。

〇 年 〇 月 〇 日

住所 神奈川県鎌倉市岡本2-13-18  
被保険者の 氏名 健保 太郎

電話 111 ( 222 ) △△△△

富士ソフト健康保険組合理事長 殿

(添付書類)  
1 この申込書には病院等からの療養に要する費用の内訳のある請求書又は領収書を添付して下さい。  
2 申込書が市町村民税を課せら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明らかにする書類等を添付して下さい。  
3 ⑩欄は病院等で請求を受けた額又は支払った額のうち、いわゆる保険診療分に係るものについてのみ記入し、特別室料、歯科で認められている差額徴収額等については除いて下さい。  
ただし、その額が明確でない時は病院等で請求を受けた額又は支払った額を記入し、その旨を( )内に記入して下さい。