

健 保 組 合 記 入 欄	貸付 決定	年月日	平成	年	月	日	常務理事	事務局長	参事	担当者		
		金額	¥			円						
	決定 期間	自平成	年	月	日	日間	支払	平成	年	月	日	
	算出 基礎						返済	平成	年	月	日	
							資格	取得	平成	年	月	日
								喪失	平成	年	月	日

高額医療費資金貸付申込書（平成 24 年 3 月診療分）

（その1）

被 保 者 記 入 欄	保険証記号	123	保険証番号	456	事業所名	〇〇〇〇〇						
	療養を受けた者の氏名				療養を受けた者の生年月日			被保険者との続柄				
	健保 花子				昭和 平成 50 年 3 月 3 日			妻				
	療養を受けた病院等の名称及び所在地											
	名称	〇△病院						TEL	12-3333-4444			
	所在地	〇〇市△△区××										
	上記病院等で療養を受けた期間						左記期間に受けた療養の請求額					
	自平成 24 年 3 月 15 日						17 日間			250,000		円
	至平成 24 年 3 月 31 日											
	傷病名					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						
	〇×〇×					受けられる ・ 受けられない						
	振込希望金融機関（被保険者名義）											
〇△		銀行	××		本店	普通	口座番号	123456				
		金庫			支店	当座	フリガナ	ケンポ タロウ				
		組合			本所		名義人	健保 太郎				
					支所							
上記高額医療費の支払資金として、金 円 の貸付を申し込みます。 ※この金額欄は記入不要です。												
平成 24 年 4 月 30 日												
住金関係会社健康保険組合理事長 殿												
住所 〇〇市〇〇区××												
被保険者 氏名 健保 太郎												
TEL 12 (3456) 7890												

（注）払込金融機関に郵便局は指定できません。

住金関係会社健康保険組合

高額医療費

借用証書

金 300,000 円也

高額医療費資金として、上記金額を確かに借用致しました。

ついては、下記条件により返済することを確約致します。

記

3 月分に係る高額医療費が支給される日、その支給金をもって返済致します。

万一、高額医療費が借入金に満たないときは、その差額分を直ちに返済致します。

但し、債務者が返済不能時は事業主（保証人）が責任を持って返済致します。

平成 24 年 4 月 30 日

住金関係会社健康保険組合理事長 殿

被保険者 (債務者)	記号	123	番号	456
	住所	〇〇市〇〇区××		
	氏名	健保 太郎		印
事業主 (保証人)	所在地	〇〇市××区△△		
	名称	〇〇〇〇〇		
	役職名・氏名	〇〇〇〇		印

(注) 金額欄は記入せずに返送下さい。

医療費請求書

[高額医療費貸付事業用]

貴殿の保険診療費を次の通り請求します。

記

該当診療月	平成 24 年 3 月分			
診療期間	平成 24 年 3 月 14 日から			
	平成 24 年 3 月 31 日まで 17 日間			
保険診療対象総点数	〇〇〇〇〇 点		医科・歯科	入院・外来
被保険者証記号	123	被保険者証番号	456	本人・家族

平成 24 年 4 月 10 日

医療機関
名称 〇△病院
所在地 〇〇市××区△△
TEL 11 (2222) 3333
代表者名 〇〇〇〇 印

被保険者又は
被扶養者名 健保 花子 殿

- (注) 1 この請求書は、高額医療費貸付資金貸付のために使用するものです。
- 2 この請求書は、療養を受けた者ごとに、同一月の医科・歯科別、入院・外来別（総合病院にあっては診療科別）に保険診療対象総点数を記入して下さい。
- 3 記入にあたってご不明の点は、下記にお問い合わせ下さい。

住金関係会社健康保険組合 073-480-5855