

高額医療費資金貸付申込書

受付印

いすゞ自動車健康保険組合 御中

令和 年 月 日提出

被保険者名 <small>フリガナ</small>	生年月日 (才) 昭和・平成 年 月 日	記号	番号
<input type="checkbox"/> 記載内容について申請者本人が確認しました。 ※ チェックの記載がない場合、受領できませんのでご注意ください。			
現住所 〒 TEL	事業所名		
申請が被扶養者に関する場合はその氏名 <small>フリガナ</small>	生年月日 (才) 昭平令 年 月 日	被保険者との続柄	
傷病名	発病又は負傷の年月日 昭平令 年 月 日	第三者行為によるものか はい・いいえ	
発病または負傷の原因およびその経過			
入院・外来の別 入院・外来	医療機関名	医療機関所在地 TEL	
療養を受けた期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間		
請求額または支払額	円 ※ 費用の内訳のある請求書又は領収書を添付 健康保険適用分(自費診療分は除く)		
上記のとおり、高額医療費資金の貸付を申し込みます。 また、高額療養費と一部負担還元金を受領する権限をいすゞ自動車健康保険組合に委任し、借用する金額は高額療養費の支給日にお返しします。ただし、高額療養費が不支給になった場合は相当分をお返しいたします。 令和 年 月 日 被保険者名 (申込者) いすゞ自動車健康保険組合 理事長 殿			
送金先(被保険者名義)	普通 銀行 支店	口座番号	受取人氏名(カナ)

(注)

- この申請書は各月ごと(1ヶ月・1人・入院・外来・1病院(診療科)単位)に必要です。
- 療養を受けた期間欄には同一月の期間を記入してください。
- 請求額または支払額欄には保険診療分のみ記入してください。
(健康保険適用外のものは貸付額に含まれませんのでご注意ください)
- 領収書・請求書の原本の添付が必要です。

事業所担当者確認欄

--	--