

いすゞ健保では、医療費の自己負担（健保適用分）が高額になった場合には、原則診療月の3ヶ月後に支給していますが、窓口で一部負担を支払ってから高額療養費の支給を受けるまでの間、医療費の窓口支払にあてるための資金を無利息で貸し付ける制度があります。

◆貸付対象者

いすゞ自動車健康保険組合の被保険者であって、以下に該当する方

- ① 高額療養費の支給を受ける見込みがあり、
- ② 高額療養費の支給の対象となる月分の療養に要する費用について医療機関から請求を受けた方または支払った方
※ ただし、当該療養について公費負担がある場合並びに当該療養について支払いの請求を受け、または支払った額が10万円未満の場合は除く

◆貸付額

高額療養費支給見込み額の80%（千円未満の端数は貸し付けません）

◆添付書類

医療機関からの療養に要する費用の内訳のある請求書または領収書

◆手続方法

【 高額医療費資金貸付申込書 】に記入し上記添付書類を添えて勤務先の健康保険業務担当窓口へ提出してください。健康保険組合では、貸付の可否及び貸付額を決定し、被保険者に通知するとともに、申込書記載の送金先へ振込みます。

◆清算方法

3ヵ月後に支給の高額療養費から貸付金額を差し引くことにより清算します。

記入もれのないようご注意ください。

押印省略可 申請書内以下欄にチェックのうえ、請求願います。

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、受理できませんのでご注意ください。

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					
1 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日提出	被保険者名 けんぼ タロウ 健保 太郎		生年月日 (〇〇 才) 昭和 44 年 12 月 1 日	記号 100	番号 123456
2	現住所 〒 252-8501 TEL 0466-42-0711 神奈川県藤沢市土棚8番地 ΔΔΔマンション A201号室		事業所名 いすゞ〇〇〇〇〇〇株式会社		
3	申請が被扶養者に関する場合はその氏名 けんぼ ハナコ 健保 花子		生年月日 (〇〇 才) 昭和 45 年 6 月 3 日	被保険者との続柄 妻	
4	傷病名 肺がん		発病又は負傷の年月日 昭和 18 年 1 月 頃 日 平成	第三者行為によるものか はい いいえ	
5	発病または負傷の原因およびその経過 不詳 / 外来通院後 入院し手術 現在も入院中である				
6	入院・外来の別 入院・外来	医療機関名 いすゞ健保総合病院	医療機関所在地 神奈川県藤沢市土棚〇〇Δ-〇〇×Δ	TEL 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
7	療養を受けた期間 平成 18 年 3 月 1 日 ~ 平成 18 年 3 月 31 日 31 日間				
8	請求額または支払額 285,550 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。 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 被保険者名 (申込者) 健保 太郎 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) Δ×Δ×Δ×Δ		口座番号 〇〇×Δ×〇〇		受取人氏名(カナ) けんぼ タロウ	

- ① 提出する日を記入
- ② 保険証に記載の番号を記入
- ③ 部屋番号まで正確に記入
- ④ 会社名を記入
- ⑤ 受診医療機関について記入
同じ月内に2箇所受診した場合は2枚必要です
- ⑥ 同月内の期間を記入
(月をまたいでの申請はできません)
- ⑦ 健康保険適用分が対象です
(差額ベット代・食事代は含まれません)
- ⑧ 被保険者名義の口座を記入

- 記入するときは、鉛筆は使用しないでください。
- 記入もれのないように注意してください。
(記入もれがありますと処理が遅れる場合があります)
- 別途必要書類の提出を求める場合があります。
- 訂正したところは、訂正印を押印してください。
- 押印もれにご注意ください。

◆問い合わせ先

いすゞ自動車健康保険組合

〒252-0806
神奈川県藤沢市土棚8番地
0466-42-0711(内線 8791-31)
業務課 医療給付担当

(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。

事業所健康保険担当課	
課長	担当

