

高額医療費資金 貸付申込書

オークマ健康保険組合理事長 殿

高額医療費資金の貸付を受けたいので、下記のとおり申し込みます。

(被保険者が記入するところ)

被保険者証の				フリガナ	
記号		番号		被保険者の氏名	印
被保険者の住所	〒 - TEL -				
高額医療費対象者の (療養を受けた者)	氏名		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	被保険者の続柄
傷病名		発病または 負傷年月日	平成 令和 年 月 日		
発病または負傷の 原因及びその経過	いつ・どこで・何をしていた			第三者行為に よるものですか	はい ・ いいえ
診療を受けた 病院等の	名称		診療した医師の氏名		
	所在地	TEL -			
診療期間	平成 令和 年 月 日から	平成 令和 年 月 日まで	入院・入院外 の区分	入院・入院外	
医療機関からの 請求額又は支払額			円		
保険診療対象金額			円		
他の制度による自己負担 相当額又は一部支給の有無 (いずれかに○印)	有 ・ 無	制 度 名 : 費用徴収 : 有 (円) ・ 無			
給付金の振込先 (被保険者名義)	銀 行 農協組合 信用金庫 労働金庫 信用組合	支店	普 通 当 座 その他	口座番号	

(添付書類及び注意事項)

添付書類：保険診療対象金額が分かる医療機関からの「請求書」または「領収書」 (写し可)

注意事項：発病または負傷の原因が業務上、もしくは通勤途上中の事故による場合は、労働災害保険からの給付があるため、高額医療費の貸付は受けられません。

(健保使用欄)

受 付 日	令和 年 月 日	貸付決定日	令和 年 月 日
高額療養費 支給見込額 (A)	一部負担金 () - 自己負担限度額 () 円 = () 円 … (A)		
貸付決定額	000 円	計算式 (A) 円 × 0.8 = () 円 1,000円未満切捨	
支 払 日	令和 年 月 日	理事長	常務理事 事務長 担当者
健保受付年月日	備 考		

オークマ健康保険組合

2020.1