記入例

決	常務理事	事務長	事務次長	担当
裁				

高額医療費資金貸付申込書

◎記入の方法は記入例がありますからよく読んでください。
◎在籍中の方は、委任欄への☑をお願いします。
◎「※」印欄は記入しないでください。

被保険者の記号・番号(左詰め)		生年月日		被扶養者番号	給付記録番号	受取代理人	受付年月日	
43215978900		昭和47年09月08日				0:無 1:有		
被保険者の(申請者)氏名		事業所の名称		所在地				
(フリガナ) ケンポ (氏) 健保 (フリガナ) タロウ (名) 太郎		名称 (会社名)		所在地 (会社の住所)				
※この欄には押印不要です。								
診療または手当てを受けた方の氏名・生年月日、および被保険者との続柄	扶番	氏名	扶番	氏名	扶番	氏名		
	※	健保 太郎	※	健保 太郎	※	健保 太郎		
	生年月日	99年99月99日	生年月日	99年99月99日	生年月日	99年99月99日		
被保険者との関係		被保険者との関係		被保険者との関係				
本人		本人		本人				
フリガナ								
傷病名		病名等						
診療または手当てを受けた医療機関の名称・所在地		名称 (病院名)		所在地 (病院の住所)		TEL: (病院のTEL)		
病名等		(病院名)		(病院の住所)		TEL: (病院のTEL)		
入院・通院の別		1:入院 2:通院		1:入院 2:通院		1:入院 2:通院		
診療または手当てを受けた期間		自令和99年99月99日 至令和99年99月99日		自令和99年99月99日 至令和99年99月99日		自令和99年99月99日 至令和99年99月99日		
診療合計点数		50,000 点		50,000 点		50,000 点		
医療機関から請求された、または支払った額		150,000 円		150,000 円		150,000 円		
他の制度により自己負担額相当額、またはその一部の支給を受けられるかどうか		受けられる	制度名	費用の有無	制度名	費用の有無		
()		0:無	()	0:無	()	0:無		
受けられない		1:有	受けられない	1:有	受けられない	1:有		
備考								
受取金融機関		支払区分		口座番号		口座名義		
		1:銀行振込 2:事業所経由 3:公金受取口座利用(以下記入不要)						

医療機関別に記入。期間は、まとめて記入。
例:通院で、8月1日・3日・5日受診の場合、8月1日から5日まで

医療機関や調剤薬局等で、複数ある場合は、それぞれご記入ください。記入欄が不足した場合は、この用紙をコピーして使用してください。

原則、お勤め中の方は、事業主経由(銀行等記入不要)になります。任継の方は、銀行振込(任継取得時にご記入の受取銀行口座のため銀行等記入不要)となります。
★公金受取口座の利用制度詳細は、当健保HPお知らせをご覧ください。

☒	①本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。	被保険者(申請者)氏名	健保 太郎
事業主名称		●●●株式会社	

高額医療費資金の貸付を受けたいので上記の通り申し込みます。
令和 4年 10月 1日
〒100-0000
住所 東京都中央区〇〇1-1 △△マンション10
被保険者の TEL 03-xxxx-xxxx
氏名 健保 太郎

お勤め中の方は、事業主経由になります。令和7年4月1日より「委任欄」の事業主への委任へお返しを、事業主名・被保険者氏名・日付の記入をお願いします。※事業主への受領委任は給付の都度とる運用に変更。

本紙は㊟の省略はできません。必ず押印をお願いいたします。