

常務理事		事務長		係	
高額療養費の支給対象となる方が、高額療養費の支給を受けるまでの間に当座の医療費支払にあてるための資金が必要となるときに資金の貸付を無利子で受けることができます。					
(入院時の支払いが自己負担限度額以下であった場合は利用できません。)					
貸付額は、高額療養費支給見込額の9割(1,000円未満切り捨て)です。					
「健康保険高額医療費資金貸付申込書」に「医療機関等から発行された費用の内訳のある請求書又は領収書のコピー」を添付し、提出してください。					

組合記入欄	貸付決定額	円		算出の基礎	保険診療対象総点数	入院 通院		点
					高額療養費支給見込額			円
	被保険者資格	取得	年 月 日	対象者資格	取得	年 月 日		
		喪失	年 月 日		喪失	年 月 日		

健康保険高額医療費資金貸付申込書

被保険者が記入するところ	健康保険の	記号	9999	番号	999999	事業所の名称	〇〇株式会社		
	高額医療費対象者	氏名	鐘化 健保		生年月日	昭和59年 1月 10日	続柄	妻	
	療養を受けた病院の	名称	〇〇市立病院						
		所在地	〇〇県〇〇市〇〇町9-9-9 電話番号 456 (789) 012						
	療養を受けた期間	令和7年2月1日 ~ 令和7年3月31日							
	請求額又は支払額	150,000 円 ※費用の内訳のある請求書又は領収書の写を添付してください。							
	振込希望金融機関	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義 (カタカナ)			
		〇〇銀行	〇〇駅前支店	普通当座	99999999	(カタカナ) カネカ ケンボ			
	被保険者の口座をご記入ください。								
	上記のとおり健康保険高額医療費資金の貸付を申し込みます。								
令和 7年 4月 3日 提出日も必ずご記入ください。									
カネカ健康保険組合理事長 殿									
被保険者の氏名・住所・電話番号をご記入ください。									
郵便番号 999-9999									
住所 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3									
氏名 鐘化 健保									
電話番号 123 (456) 789									