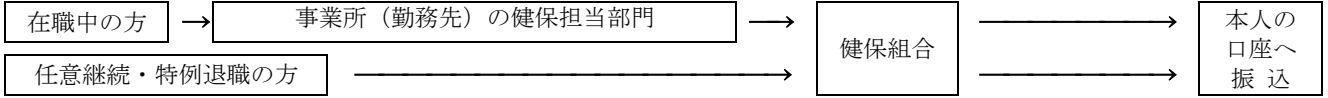


| | | | | | | | |
|---------------|------------------------|-------|---|----|-------|-----|---|
| 事業所担当者 確認印 | ← 任継・特退 の加入者は 押印 | 診療年月日 | | 金額 | 貸付決定伺 | | |
| | | 年 | 月 | 円 | 令和 | 年 | 月 |
| | | | | | 事務長 | 担当者 | |

会計に「限度額適用認定証」を適用した場合、
 一部負担金の高額療養費相当分は請求されません。
 (貸付の申請も不要です)

《申請から貸付の流れ》



健康保険被保険者証に記載されている「記号」と「番号」をご記入ください
 高額医療費資金貸付申込書
 選択肢のある項目は該当を○で囲んでください

| | | | | | | | | | |
|---------------------|---|-----------------|------------|---------------------|--------------------------------------|------------|---|----------------|--|
| 被保険者証 記号 | | 被保険者証 番号 | | 受診者名 健保康子 | 性別 1男 2女 | 生年 元号 年 | | 続柄 母 | |
| 1234 | 12345 | 5昭和 | 23 | | | | | | |
| 傷病名 | 胆石 | | | 病院等からの請求金額 | 請求明細書のうち保険適用となる額 316,500 円 | | | | |
| 診療を受けた医療機関 | 名称: 富士総合病院 所在地: 神奈川県東足柄市上沼3丁目210番地 | | | | TEL: 0465-**-4321 | | | | |
| *診療月・診療区分ごとに分けてください | | | | | 左記の診療を受けた期間 | | 令和 2 年 9 月 25 日から 令和 2 年 9 月 31 日まで 7 日間 | | |
| 診療を受けた年月 | 令和 2 年 9 月 | 診療区分 | 1入院 2通院 | | 本店出張所 | 預金種目 | 普通・当座 | | |
| 振込先 | 足柄 | 銀行 信用金庫 組 | 中沼 | | 支店 | 預金種目 | 普通・当座 | | |
| 口座番号 | 123456 | | | (フリガナ) 口座名義 | ケンポ タロウ 健保 太郎 | | | | |

高額医療費資金の貸付を上記の通り申し込みます。

令和 **2**年 **10**月 **5**日

富士フィルムグループ健康保険組合
理事長殿

受診者が被扶養者であっても、被保険者の
口座情報をご記入ください

所 **東足柄市上沼2丁目34番地**
名 **健保 太郎**

記入上の注意

- この申込書は、診療月ごとに作成して下さい。
- 高額医療費貸付金は、保険診療分に対して個人負担が高額になった場合に受けることができます。
(高額療養費の個人負担額は収入により異なりますので、担当まで確認下さい)

添付書類

1.

2.

計算

例

医療費の三割

法定給付 (高額療養費)

付加給付

30,000円 (+端数)

高額療養費相当額の8割分が貸付額

[一部負担金 (医療費の3割) が対象ではありません]

※会計に「限度額適用認定証」を適用した場合、高額療養費相当分は請求されませんので、申請できません。

※貸付制度を利用しなくても、窓口で支払った金額のうち、3万円以上 (千円未満切捨) については、約3ヶ月後に自動で支給されます。(請求手続きは不要)

*多数・世帯合算に該当した場合、計算方法(自己負担・定額等)が異なります。