

健保決裁欄	理事長・常務理事	所属長	主担者	係員

受付年月日	決定年月

## 高額医療費資金貸付申込書

高額医療費資金貸付に係る受診年月を記入して下さい。

(平成 20 年 9 月診療分)

事業所記入欄	事業所名	〇〇株式会社 △△事業部			責任者	担当者
	所在地	(〒571-XXXX) 門真市大字門真1006番地			必ず担当者印を捺印して下さい。	

医療機関の証明、もしくは医療機関等の療養に要する費用の明記のある請求書、又は領収書を添付して下さい。

医療機関証明欄	療養を受けた人	氏名	健 保 一 郎			生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 18年10月10日 <input type="checkbox"/> 平成											
	療養を受けた医療機関	所在地	(〒570-XXXX) 〇×市△△町3丁目27番地			名称	〇×病院 ㊟ TEL (06) 6992-XXXX											
	療養を受けた期間	平成 20年 9月 1日～平成 20年 9月 30日 (30日間)																
	療養についての請求点数及び請求額 (自費診療分を除く)	請求点数	3	4	0	0	0	0	0	請求金額	1	0	2	0	0	0	0	円
	傷病名	心筋梗塞 その他		入院外来区分	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	他の制度により自己負担額、またはその一部の支給を受けられるかどうか	<input type="checkbox"/> 受けられる (制度名 ) <input type="checkbox"/> 受けられない (費用徴収 有 ・ 無 )											

被保険者記入欄	上記高額医療費の貸付けの申込をいたします。									
	平成 20年 10月 10日 <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">提出する日付を記入して下さい。</span>									
	パナソニック健康保険組合 理事長殿									
	被保険者証 記号 <u>10</u> 番号 <u>1234567</u> 住 所 (〒570-XXXX) 守口市XXXX 氏 名 健 保 太 郎 ㊟ TEL (06) 6992-XXXX									
振込み希望金融機関	〇× 銀行 △△ 支店					(フリガナ) 口座名義		ケンポタロウ		
<input checked="" type="checkbox"/> 普通・ <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	0	2	5	6	0	7	5	健 保 太 郎	

被保険者名義の銀行名及び口座番号を記入して下さい。

記入しないでください。

健保記入欄	貸付決定金額						円	支払	平成 年 月 日
	決定期間	自 平成 年 月 日	日間				返済	平成 年 月 日	
	算出基礎	自己負担額 負担限度額 ( 円 - 円 ) × 0.8					備考	自己負担限度額	
	貸付額	= 円							